Bibliothèque numérique
medic@

L'Union médicale : journal des intérêts scientifiques et pratiques, moraux et professionnels du corps médical

1873, Troisième série, n° 16. - Paris : aux Bureaux du journal, 1873.
Cote : 90068

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90068x1873x16

90068



L'UNION MÉDICALE



Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

90068

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL



RÉDACTEUR EN CHEF : M. le docteur AMÉDÉE LATOUR.

GÉRANT : M. le docteur RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE.

TOME SEIZIÈME.

90068

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL,

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11.

ANNÉE 1873.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

RÉDACTEUR EN CHEF : M. le docteur Ambroise LATOUR.

GÉRANT : M. le docteur RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE.

TOME SEIZIÈME.

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL,

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11.

ANNÉE 1873.

90068

L'UNION MÉDICALE

N° 77 — MARDI 1er JUILLET 1873

PATHOLOGIE

DE L'EXPECTORATION SÉREUSE, DITE ALBUMINEUSE, OBSERVÉE A LA SUITE DE LA THORACENTÈSE ;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 28 juin 1873,

Par le docteur WOILLEZ, médecin de l'hôpital Lariboisière.

A propos de l'étude sur la thoracentèse que j'ai publiée dans mon *Traité des maladies aiguës des organes respiratoires*, j'ai émis l'opinion que la piqûre du poumon, dans l'opération de la thoracentèse, était plus fréquente qu'on ne le pensait, parce qu'elle pouvait constituer une lésion bénigne.

Cette bénignité me paraissait résulter de ce que, sans production de pneumothorax, le liquide pouvait passer dans les vacuoles pulmonaires, et être expulsé au dehors par l'expectoration.

Le fait de la sortie du liquide de la plèvre par la plaie pleuro-pulmonaire me paraissait démontré par la similitude des qualités physiques des deux liquides : de celui extrait de la cavité pleurale par la thoracentèse, et de celui qui était expectoré pendant ou après l'opération. Cette similitude me donna l'idée de traiter le liquide expectoré par la chaleur et l'acide azotique, qui fournit un précipité cailleboté des plus abondants, et j'y vis la preuve du passage dans les bronches du liquide pleural.

Je reviendrai sur la valeur de ces inductions, qui sont aujourd'hui si contestées. Il me suffit de faire observer ici que c'était une explication si naturelle, si logique, que la même idée était venue avant moi à mon collègue et ami le docteur Besnier, qui avait observé les mêmes phénomènes, mais sans avoir rien publié à ce sujet.

Le docteur Marrotte, après avoir lu mon ouvrage, rencontra bientôt un fait qui lui parut venir à l'appui de mon opinion, et il le communiqua à l'Académie de médecine en y joignant une observation que j'avais recueillie, et qui n'avait été que rappelée dans mon livre.

Cette communication du docteur Marrotte provoqua, de la part de MM. Hérard et

FEUILLETON

A TRAVERS L'ALLEMAGNE

ÉTUDES DE TOPOGRAPHIE, DE RACE, DE MŒURS ET DE CLIMAT.

II

Salzbourg et les Salines.

En sortant de Munich, on passe l'Isar; plus loin on passe l'Inn, tous deux affluents du Danube qui ne coule pas loin de là et que nous ne tarderons pas à rencontrer ; on sort de la Bavière et on arrive à Salzbourg, la capitale du sel, on est en Autriche. Je vous en prie, chers lecteurs, qui que vous soyez, médecins ou non, arrêtez-vous à Salzbourg. Mieux eût valu, si le temps vous eût manqué, ne donner qu'un moment à Munich, pour séjourner dans cette curieuse ville ; je vous jure que vous ne l'auriez pas regretté. Aux musiciens je dirai : Salzbourg est la patrie de Mozart; aux médecins : c'est la patrie de Paracelse; aux amateurs de beautés de la nature : vous vous trouverez là aux pieds des Alpes noriques et au sein des paysages les plus admirés de la Suisse; aux chercheurs de toute espèce : explorez avec zèle et confiance, vous pouvez être certains que le fruit de vos conquêtes ne manquera pas de vous satisfaire, car il ne péchera pas par défaut de sel.

La ville est bâtie sur un sol qui a beaucoup d'analogie avec celui qui forme le système jurassique. Ce sol présente une population paléozoïque qui lui est à peu près identique, si j'en crois un précieux échantillon dont je suis possesseur et si j'en ai fait une juste interprétation.

Béhier, une explication de l'expectoration insolite dont il est question par la congestion et l'œdème consécutif du poumon, comme l'avait fait M. Pinault, en 1853, à mon insu.

L'année suivante, cette année même, un interne distingué des hôpitaux, M. Terrillon, ayant recueilli une observation nouvelle, eut l'idée de réunir indistinctement les faits d'expectoration insolite survenue à la suite de la thoracentèse, afin d'en bien rechercher l'origine. Il put en rassembler 21, dont 5 inédits, et qui lui servirent à rédiger sa thèse, ayant pour titre : *De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse*. Il y rappelle que M. Pinault, dès 1853, avait rapporté deux observations fort intéressantes qu'il expliquait par la congestion pulmonaire, et que M. d'Espine, en 1869, en avait présenté une autre à la Société de biologie.

Enfin, M. Féréol nous a lu une note qui est loin d'être sans intérêt, et qui a été le point de départ de cette discussion. Il y examine successivement, après M. Terrillon, les quatre opinions émises pour expliquer l'expectoration dite albumineuse qui succède parfois à la thoracentèse, et qui sont :

1° La perforation par le trocart ;

2° La perforation spontanée ;

3° La résorption du liquide restant de la thoracentèse ;

4° La transsudation du liquide séro-albumineux à travers les parois alvéolaires, par le fait de la congestion pulmonaire rapide.

La question en litige est ainsi parfaitement posée. Mon intention avait été d'abord d'examiner chacune de ces explications rappelées par M. Terrillon ; mais j'ai trouvé dans les arguments de nos collègues, MM. Moutard-Martin et Dujardin-Beaumetz, une critique si juste et si complète, d'abord de la transsudation du liquide de la plèvre dans les valvules pulmonaires par suite de filtrage par mortification des cellules proposée par M. Féréol, et en second lieu de la production problématique des perforations spontanées du poumon dans la pleurésie séreuse, dont il me paraît difficile de citer des cas probants, que je négligerai ces deux points de la discussion abordée par notre savant collègue M. Féréol.

Quoi qu'il en soit, ces accidents d'expectoration plus ou moins abondante, survenant après la thoracentèse, ont rapidement attiré l'attention sur des faits plus anciens, caractérisés par des flux muqueux plus ou moins graves, complétement indépendants de la pleurésie et de la thoracentèse, et auxquels on a assimilé les expectorations séreuses qui ont succédé à cette opération.

Je n'ai pas vu apparaître dans des fragments de roche, cette gryphée arquée (*gryphæa arcuata*), si commune dans le Jura, au point de donner son nom à une roche spéciale, le calcaire à gryphées ; mais si je n'ai pas su le découvrir, le sel gemme a remplacé pour moi cette signature absente. Quel est le pays du Jura ou du Salzbourg qui donne la plus grande masse de ce composé si nécessaire à notre subsistance? Je n'ai pas des données assez précises pour me faire à moi-même et exprimer à mes lecteurs une opinion là-dessus. Je me bornerai à parler d'un des principaux établissements salifères. Ce ne sera pas sans intérêt qu'on apprendra comment on y entre et comment on en sort.

Il ne faut pas aller bien loin en sortant de Salzbourg. Après quelques kilomètres parcourus au milieu d'un paysage ravissant, on voit apparaître une montagne, et au flanc de la montagne une excavation béante qui est la porte d'honneur par laquelle on doit pénétrer. Il y a quelque toilette à faire avant de s'engager dans l'orifice. Il est nécessaire, en premier lieu, de protéger ce double épanouissement musculaire qui termine la colonne vertébrale et qui procure à l'homme un si doux point d'appui. Puis, entre autres précautions bonnes à prendre, il faut garer solidement les mains, exposées pour leur part à subir quelque avarie. On entre ; aussitôt, on trouve devant soi une rigole creusée dans le sapin formant un plan fortement incliné, et dont la continuité se perd dans l'inconnu de l'abîme : c'est le rail sur lequel on va descendre. Une fois en position, il faut bien se dire, et les conducteurs ne manquent pas d'avertir le voyageur, il faut bien se dire que la course sera rapide, vertigineuse ; qu'il ne faut pas trop se servir des mains pour se retenir aux bords de la rigole, ce qui ne serait pas sans inconvénient ; et qu'il vaut mieux obéir tout simplement à l'impulsion du convoi, car on n'est pas seul, et votre voisin de dessus vous pousserait malgré lui brutalement par les épaules. On arrive, mais où aboutit-on enfin? Dans une embarcation posée sur

De là l'opinion radicale que toutes ces expectorations dites albumineuses sont de même nature, et dues à une congestion pulmonaire.

Cette explication est séduisante par sa simplicité, et ce n'est pas par moi qu'elle peut être rejetée sans examen.

Tantôt la congestion pulmonaire est sèche, comme on l'a rappelé récemment, mais tantôt aussi elle est accompagnée de toux et d'expectoration plus ou moins abondante. Les crachats, ai-je dit, sont toujours « aqueux, transparents, grisâtres, formant un liquide de consistance un peu sirupeuse, contenant de petites vésicules d'air et très-rarement quelques filets de sang pur. » (*Ouv. cit.*, p. 25.)

Lorsque cette expectoration est considérable et rapide dans un temps donné, elle constitue des crises d'expectoration, que le despotisme du mot bronchite, si généralement répété, a fait oublier, et que la question en discussion vient remettre en évidence. Sous les noms de bronchorrhée, de catarrhe pituiteux, de flux muqueux ou séreux, on les négligeait comme des expressions de la vieille médecine, et on y revient aujourd'hui, mais en leur appliquant des termes qui tendent à établir peut-être une confusion nouvelle : ceux d'expectoration albumineuse et d'œdème du poumon.

On a trouvé dans l'expérimentation une explication rationnelle du phénomène. Les pneumo-gastriques coupés, les voies aériennes se remplissent de mucosités rapidement abondantes et occasionnent l'asphyxie. On attribue par suite les flux intra-bronchiques accidentels à une lésion des pneumo-gastriques, d'où résultent l'hyperémie et la sécrétion anomale.

Sans entrer dans les détails des explications, on ne peut méconnaître, qu'en dehors des accidents analogues qui suivent la thoracentèse, il n'y ait des flux bronchiques analogues que l'on doit rapporter à la congestion pulmonaire. Tout récemment, cette discussion a provoqué, dans la presse médicale, la publication d'observations de ce genre fort intéressantes, notamment dans la *Gazette des hôpitaux*, par les docteurs Jalabert (de Carcassonne), Victor Revilliout, et Renou (de Saumur).

Il s'agit, dans ces faits, de certains accès d'asthme : les uns nerveux ou dus à des affections cardiaques; les autres, les plus fréquents, liés à l'emphysème pulmonaire et que j'ai signalés comme dus dans cette maladie, à la congestion pulmonaire distincte de la bronchite, avec laquelle on l'a confondue à tort. (*Loc. cit.*, p. 573.) Or, cette hyperémie, chez les emphysémateux, peut être suivie d'expectoration séreuse

---

un lac salé et dont l'équipage, armé de torches, met la main à la manœuvre dès que le passager attendu est arrivé. Quel lac! Ondes saturées de chlorure sodique noires et résistant à la rame; mais, en compensation, voûte et parois taillées dans le sel gemme, qui s'éclairent des reflets irisés les plus merveilleux. Ce lac intérieur est une sorte de Cocyte, mais on ne peut pas dire qu'il soit entièrement dépourvu de beauté. Les jets de lumière, si richement colorés, qui font scintiller l'immense voûte, offrent à l'œil étonné un spectacle comme notre monde peut rarement en montrer. Le débarquement s'opère après une navigation assez longue; quant à la sortie, elle donne moins d'émotions que l'entrée et se fait sur le versant opposé de la montagne.

Salzbourg n'est pas une grande ville; il ne compte pas certainement 20,000 âmes. Traversé par une rivière, la Salza, qui va enrichir de ses eaux le Danube aux flots bleus, il se divise en deux parties : l'une, la ville bourgeoise, située sur la rive droite; l'autre, la ville princière ou épiscopale, située sur la rive gauche. J'ai dit épiscopale, parce que ce sont les princes-archevêques de Salzbourg qui en étaient les maîtres indépendants, et en ont fait une ville remarquable par les monuments comme par les institutions dont ils l'ont enrichie. Or, les évêques avaient leur résidence sur la rive gauche, d'où ils dominaient les quartiers bourgeois de la rive droite, moins montueux et d'un niveau plus bas dans une partie de leur étendue. Cependant, de quelque côté qu'on regarde, on aperçoit partout des montagnes : les unes sur un plan profond, la plupart sur un plan si rapproché qu'elles empiètent sur l'enceinte de la ville. Au midi, le Mœnschberg porte un palais, le Schlossberg une forteresse; le Capuzinerberg, situé en face, de l'autre côté du fleuve, est cerné dans tout son pourtour d'une immense couronne murale flanquée de tours, au-dessus de laquelle paraissent les bâtiments du couvent et les épais massifs des jardins. La ville est donc bien abritée. Il

abondante survenant par accès, comme j'en ai récemment observé des exemples. Dans la grippe, il y a aussi quelquefois, par suite de l'hyperémie pulmonaire, des expectorations de ce genre surabondantes et accidentelles; j'en ai rapporté un cas remarquable (page 160 de mon dernier ouvrage).

J'admets donc, en en donnant de nouvelles preuves, que la congestion pulmonaire est le point de départ de ces accidents d'expectoration, qui sont des flux hyperémiques pulmonaires, et que j'appellerai des *expectorations séreuses accidentelles*, dénomination qui me paraît préférable à celles d'expectoration albumineuse ou œdémateuse. L'œdème du poumon se produit, en effet, dans des conditions particulières de gêne circulatoire comme tous les œdèmes; il est avant tout interstitiel, et s'il s'accompagne de sécrétion séreuse intra-alvéolaire, cette sécrétion est secondaire. Quant à la qualification d'albumineuse donnée à l'expectoration, elle ne conviendrait que si le caractère albumineux était le même pour tous les liquides expectorés qui nous occupent, et il n'en est pas ainsi, comme on va le voir.

Lorsque je crus reconnaître la première fois dans l'expectoration la présence du liquide pleurétique par suite d'une précipitation considérable d'albumine à l'aide de l'acide azotique et de la chaleur, je me hâtai de rechercher si les liquides séreux expectorés en dehors de la pleurésie et ressemblant au liquide séreux de la plèvre avaient les mêmes caractères chimiques. Je trouvai à ces liquides un caractère différentiel bien tranché : c'est que les réactifs de l'albumine provoquaient en eux une simple opalescence ou un précipité albumineux à peine marqué. Ces liquides étaient certainement albumineux, mais à un degré si différent de celui des sérosités pleurales, qu'il suffisait pour les distinguer.

J'ai constaté avec satisfaction que M. Dujardin-Beaumetz, par des analyses beaucoup plus complètes, était arrivé à des résultats analogues.

J'ai chargé récemment mon interne, M. Ory, de faire de nouvelles recherches à ce sujet à Lariboisière, et voici un extrait de la note qu'il m'a remise :

Une expectoration séreuse a été constatée chez quatre malades de l'hôpital Lariboisière, dont trois éprouvaient en même temps un accès de dyspnée ou d'asthme symptomatique, dû à l'hyperémie pulmonaire dépendant d'un emphysème du poumon ou d'un anévrysme de l'aorte. Le quatrième malade était affecté de pleurésie. Sept examens du liquide expectoré ont été faits et ont produit les résultats suivants :

Premier malade (salle Saint-Landry, 22). — Emphysème pulmonaire. Accès d'asthme avec

---

paraît, en effet, qu'il y fait peu de vent; l'atmosphère serait calme même pendant l'hiver; et si quelque agitation la trouble dans les mauvais jours, elle n'est que le contre-coup des scènes de violence qui règnent dans les hauteurs du ciel, sous l'influence des vents du nord et de l'est. Mais, quelque efficace que soit l'abri, rien n'empêche que pendant la durée de la froide saison, la glace en durcisse les eaux et que la neige ne s'y accumule. La neige est le fléau de cette région de l'Allemagne méridionale.

Les maîtres de Salzbourg, ses princes-évêques, ont merveilleusement tiré parti de ces masses de roches. Le Mœnschberg a été percé d'outre en outre pour en faire une porte de la ville. C'est un tunnel long de 200 pas que j'ai moi-même exactement mesurés. J'y ai lu l'inscription suivante : *Pulchritudo antiqua mirabili novitate restituta;* ce travail de percement est peut-être imité du grec, il l'est certainement des Romains qui ouvrirent les flancs du Pausilippe; mais pour la grandeur comme pour la difficulté de l'œuvre, j'avoue que je préfère la copie. Cette seconde inscription ne mérite pas moins d'être rapportée. *Te saxa loquentur*, ai-je encore lu sur l'une des faces de cette porte qui a bien son originalité. Je crois à l'éloquence des pierres; il y a des monuments dont l'aspect m'enthousiasme et m'attendrit. Un théâtre antique tout entier a été creusé dans la même roche. Un cimetière enfin a, pour l'une de ses parois, le mur vertical de la montagne, illustré par un escalier gigantesque, par des oratoires étagés à diverses hauteurs et par une série de chambres mortuaires taillées dans sa base, et dont quelques-unes sont ornées avec art. Cette décoration se complète par deux églises : l'une qui fait face à la montagne, grande, riche et pavée de sépultures; l'autre occupant le centre du cimetière, un joyau, une miniature d'église, un bijou du moyen âge allemand qui mérite une admiration sans réserve. Quel champ de repos, n'est-ce pas? Vous croyez qu'il n'y a rien de plus à ajouter? Ce cimetière est aussi un jardin parfaitement entre-

expectoration d'un crachoir en vingt-quatre heures de mucosités transparentes, visqueuses, aérées. — Le 12 juin courant, ce liquide, filtré, devient opalin par la chaleur ou l'acide azotique employés isolément; il donne par la chaleur et l'acide azotique réunis un précipité d'albumine en petites lamelles qui, par le repos, n'occupent que 1/10 de la hauteur du liquide.

Le 19 juin, nouvelle exploration de liquide semblable au précédent, et expectoré pendant un nouvel accès : mêmes caractères par la chaleur et l'acide azotique employés isolément ou simultanément.

Deuxième malade. — Emphysème pulmonaire, accès de dyspnée ou d'asthme le 18 juin, avec expectoration de crachats filants, grisâtres, transparents, ayant rempli les trois quarts d'un crachoir en dix-huit heures. — Traité par la chaleur ou l'acide azotique, ce liquide devient un peu louche, et donne par la chaleur avec l'acide azotique un précipité plus accentué qui, par le repos, n'occupe que le neuvième de la hauteur du liquide dans le tube à expérience.

Troisième malade. — Anévrysme de l'aorte. Accès de dyspnée avec expectoration d'un liquide transparent, spumeux, grisâtre, visqueux (un crachoir et demi en vingt-quatre heures), fourni à M. Ory par son collègue M. Barety, interne du docteur Millard. — Ce liquide, traité comme les précédents, donne absolument les mêmes réactions par la chaleur et l'acide azotique. Le précipité occupe 1/9 seulement de la hauteur du liquide.

Quatrième malade (salle Saint-Landry, n° 31). — Pleurésie du côté droit, sans dyspnée prononcée. Expectoration peu abondante de crachats transparents, grisâtres, aérés, qui, traités le 18 juin comme les précédents, donnent des résultats identiques.

Le 19 juin, liquide semblable plus abondant, avec un précipité d'albumine de 1/6 de la hauteur du liquide par le repos, après avoir été traité par l'acide azotique et la chaleur.

Le 21, même expectoration, survenue alors que, la veille, l'augmentation de l'épanchement avait nécessité la thoracentèse. — Le liquide, transparent, beaucoup plus clair que celui retiré de la plèvre, qui a une teinte rougeâtre, donne un léger précipité (1/8 par le repos) tout à fait semblable à celui des deux premières expériences.

Le liquide pleurétique fournit, au contraire, un précipité caillebotté d'albumine envahissant tout le liquide en masse caractéristique.

Dans toutes ces expériences, les liquides filtrés ont été ensuite traités par l'acide acétique sans fournir de précipité. Ils ne contenaient donc pas de mucine.

On peut résumer ces résultats en disant que les crachats examinés, transparents et plus ou moins visqueux, ont fourni, dans tous les cas, par la chaleur ou l'acide azotique, une teinte simplement opaline, et par l'emploi simultané de l'acide azotique et de la chaleur un précipité appréciable d'albumine, mais qui, par le repos,

---

tenu, et, de plus, peuplé par des symphonistes qui jettent leur éternelle gamme dans l'atmosphère qu'a respirée Mozart. C'est, en effet, un monde d'oiseaux qui habite ces ombrages. J'ai eu bientôt le secret de cette affluence et de cette joie. Chaque pierre tumulaire se fait remarquer par une excavation régulière creusée en rond ou en cœur, et, chose singulière! remplie d'eau. Ce n'est pas de l'eau bénite, c'est de l'eau pure, entretenue par les pluies du ciel ou par la charité des habitants. Je ne m'étonne plus qu'un tel cimetière ait de l'attrait pour les Allemands que l'âge ou la maladie poussent au dénouement de leur carrière en ce bas monde. Haydn a voulu mourir à Salzbourg, un peu sans doute pour mêler ses cendres à celles de son frère Joseph, dont le tombeau est placé dans l'une des deux églises. Je causais un jour de cette ville avec une jeune Allemande : — Je la connais, me dit-elle, mon père a voulu aller mourir là. — Un autre Allemand me disait : — Je suis allé y laisser ma femme. — J'avoue, pour ma part, que j'aimerais un tel lieu de repos; mais il n'est pas en France, ce qui lui enlève à mes yeux l'attrait attaché aux champs mille fois bénis de la patrie.

Je m'étais logé en face de la cathédrale, entre l'ancien palais des archevêques souverains et une petite place ornée à son centre par le beau bronze d'une statue de Mozart. Cette cathédrale m'intriguait. — Je t'ai rencontrée quelque part, me disais-je, tu n'es pas allemande, tu me parais italienne, il me semble que l'inspiration qui t'a créée a été nourrie par un autre soleil que celui qui brille ici. — Voici ce qu'elle me répondit : — Je dois la vie à Scammozi et à Solarius, et je suis la copie bien réduite, hélas! de Saint-Pierre de Rome. — A la bonne heure! enfin on se reconnaît. — J'éprouvai une non moins heureuse surprise. La statue de Mozart est belle et j'étais à l'admirer, lorsqu'après avoir entendu sonner l'heure de midi dans une tour voisine, mon oreille fut frappée des premiers accents d'un air que le carillon m'envoyait. A mesure que cet air avançait, il prenait des airs de connaissance. Comme à la

n'a occupé dans le fond des tubes que 1/10, 1/9, 1/8, et une seule fois 1/6 de la hauteur du liquide.

Le liquide pleurétique obtenu par la thoracentèse chez le malade atteint de pleurésie a donné au contraire à M. Ory, par la chaleur et l'acide azotique, un précipité d'albumine considérable, cailleboté, envahissant toute la hauteur du liquide après le repos.

Je me crois en droit de conclure : 1° que la sérosité fournie par les cavités alvéolaires du poumon ne donne qu'un précipité albumineux relativement insignifiant ; 2° que la sérosité albumineuse intra-pleurale s'en distingue facilement par un précipité albumineux extrêmement abondant ; 3° enfin que les exsudats intra-alvéolaires ne donnent par la chaleur et l'acide azotique un précipité très-abondant d'albumine que lorsqu'ils contiennent une assez grande quantité de sang ou de pus. C'est ce qu'ont montré à M. Ory les crachats visqueux et sanguinolents d'un pneumonique, crachats qui ont été délayés dans de l'eau et filtrés, le liquide obtenu ayant été soumis aux réactifs.

Ces conclusions ont une grande importance. En dehors de la pleurésie et de la thoracentèse, elles attribuent au liquide séreux expectoré des caractères propres qui, s'ils étaient reconnus constants (et je les crois tels jusqu'à preuve contraire), élucideraient vivement la question qui nous occupe.

Voyons maintenant ce qui se passe dans la pleurésie.

Quand il existe une pleurésie, le même phénomène de flux congestif du poumon peut évidemment se produire indépendamment de la thoracentèse, je veux dire sans qu'il y ait de thoracentèse pratiquée. Nous en avons un exemple récent dans l'observation intéressante de mort par congestion pulmonaire dans le cours d'une pleurésie que le professeur Béhier a fait connaître à sa clinique du 13 de ce mois (UNION MÉD. du 24 juin). Avant la thoracentèse de nécessité qui fut pratiquée, il y eut une expectoration séro-spumeuse.

Abordons maintenant l'examen des faits de pleurésie dans lesquels la thoracentèse est pratiquée. L'expectoration dite albumineuse qui suit parfois cette opération peut-elle être due au passage dans les vacuoles pulmonaires du liquide intra-pleurétique ?

J'ai écarté la possibilité de ce passage par une perforation spontanée (parce qu'il s'agit ici de pleurésies séreuses) et le passage par endosmose ou transsudation. Il

---

cathédrale, j'aurais pu lui dire : — Et toi aussi, je t'ai rencontré quelque part, tu ne peux être dans l'œil comme les pures lignes de l'architecture, mais tu es dans le cœur que tu as fait vibrer plus d'une fois à l'unisson de la pensée qui t'a mis au monde. — C'était un air de Mozart chanté par le vieux carillon qu'il avait peut-être entendu lui-même en son enfance. J'avais devant moi, entre la cathédrale et mon hôtel, une fontaine à vasques, dont le bruit de l'eau tombante formait, comme une suite de notes graves, l'accompagnement du carillon voisin. Cette eau avait son originalité à côté des eaux de la plupart des fontaines. Elle était verte, verte comme la plus belle émeraude. J'avais beau la regarder sous toutes les incidences et à travers les plus faibles épaisseurs, c'était l'émeraude que toujours elle reflétait. On disait autrefois que le degré de profondeur des eaux faisait leur couleur, et que le lapis-lazuli de la Méditerranée s'expliquait par cette hypothèse, comme l'émeraude de l'Océan ; il a fallu la délaisser et se mettre à la recherche d'une autre. Le physicien anglais Tyndall, cet observateur si ingénieux et si habile, serait peut-être celui qui aurait le plus approché le but, si même il ne l'a atteint. Il a écrit que ce serait à la vapeur d'eau que l'atmosphère devrait d'être de couleur bleue. De même les eaux des mers prendraient leur couleur dans la proportion des molécules étrangères qu'elles portent en mélange. La différence de la couleur bleue à la couleur verte proviendrait de la différence dans le degré de la solution. L'émeraude m'a suivi partout dans les montagnes qui s'articulent à la chaîne norique. La Salza est verte jusqu'au Danube, où sa couleur propre s'éteint dans les ondes bleues du grand fleuve autrichien.

Illustre confrère Paracelse, je ne pouvais quitter votre ville natale sans vous consacrer un souvenir. Voilà votre maison, petite sans doute, mais autrefois pleine de vos disciples et de vos admirateurs. Elle est dans une étroite rue, de très-modeste apparence elle-même, et regardant en face un hôtel qui porte pour enseigne : *Zur Trauben* (*Au Raisin*). J'ignore si

ne reste donc qu'à traiter la question de la piqûre accidentelle du poumon par le trocart.

Plusieurs observateurs l'admettent; d'autres doutent de sa réalité, ou même la nient absolument, depuis la constatation des faits d'expectoration rappelés tout à l'heure. Je crois qu'il y a là une exagération fâcheuse.

Pour admettre la réalité de la blessure du poumon dans certains faits de thoracentèse, on doit s'appuyer sur les raisons suivantes :

1° Le fait de la ponction récente de la poitrine;

2° La similitude physique et chimique du liquide extrait de la plèvre et de celui qui a été expectoré;

3° La sortie d'un peu de sang par la canule, et surtout la présence du sang dans les premières parties du liquide expectoré;

4° La sortie de bulles d'air par la canule dans le cours de l'opération.

Pour rejeter au contraire cette perforation traumatique du poumon, et la nier plus ou moins absolument, on objecte :

1° Qu'un liquide séreux semblable au liquide pleurétique peut être expectoré accidentellement en abondance en dehors des cas de pleurésie et, par conséquent, de thoracentèse;

2° Qu'il y a souvent entre la ponction de la poitrine et le moment de l'expectoration accidentelle consécutive une période de calme et un retard inexplicables dans la supposition de la lésion du poumon;

3° Que la sortie de fines bulles d'air pendant l'opération, attribuée à la piqûre du poumon, s'explique par la présence de gaz dissous dans le liquide pleurétique;

4° Qu'il est impossible d'atteindre le poumon quand le liquide est très-abondant;

5° Enfin, que l'on n'a jamais pu constater l'existence du traumatisme sur le poumon lorsque les malades ont succombé.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

l'hôtel existait quand vous viviez, mais votre ombre me permettra de penser que, comme tout Allemand, vous aimiez le raisin pour le jus qu'on en tire, et qu'un tel voisinage, en tout cas, ne vous aurait pas déplu. Vous étiez ce qu'on appelle un réactionnaire, et, à ce titre, j'aime assez votre personne. Réagir contre l'erreur, et se fatiguer, s'épuiser au service de la vérité, ce fut toujours une vertu, mais peut-être plus difficile de notre temps que du vôtre. Vous avez ardemment plaidé la cause des médicaments minéraux flétris comme des poisons; et, peut-être, n'avez-vous pas peu contribué au triomphe de l'antimoine. Je suppose, j'admets que vous ayez été un excellent médecin, vous fûtes un plus parfait charlatan. Vous aviez, de plus, cet orgueil incommensurable qui ne s'est pas éteint avec vous, car tant que durera la race allemande, la tradition n'en sera pas perdue. Vous aviez en vous-même la pierre philosophale, et il n'était pas besoin de la chercher ailleurs. Les Allemands ne l'ont pas demandée à la chimie dans ces dernières tristes années, et, certes (nous Français en savons quelque chose), ils n'ont pas moins réussi à la trouver. Ce qui a beaucoup ajouté à votre renom, c'est l'absurdité de vos écrits. Qu'il est savant celui qu'on ne comprend guère ou qu'on ne comprend pas! Fût-il fou, et beaucoup croient que vous l'étiez un peu, il peut arriver qu'on l'admire. Ce défaut qui brille dans vos œuvres et que vos compatriotes cultivent comme une qualité, a attaché pendant de longues années à votre mémoire une meute de commentateurs. Si ce bruit vous a satisfait, soyez heureux; s'il vous a été importun, réjouissez-vous, car quel attardé sur le chemin du progrès peut encore s'occuper de vos doctrines et de vos rêves?

Dr Ed. CARRIÈRE.

BIBLIOTHÈQUE

DES COMPLICATIONS CARDIAQUES DU CROUP ET DE LA DIPHTHÉRIE, ET EN PARTICULIER DE L'ENDOCARDITE SECONDAIRE DIPHTHÉRIQUE, par le docteur F. LABADIE-LAGRAVE, interne-lauréat des hôpitaux. Savy, 1873.

Ce travail est l'exposé de recherches anatomo-pathologiques et cliniques entièrement neuves. Occupé depuis longtemps des causes de la mort dans le croup, M. Labadie-Lagrave, pendant son internat dans les hôpitaux consacrés à l'enfance, avait conçu l'idée d'embrasser dans un travail d'ensemble cette question difficile. Mais bientôt, restreignant le champ de ses observations, il se borna à l'étude, complétement négligée jusqu'ici, des complications cardiaques de la diphthérie, et en fit le sujet d'un mémoire qui obtint, au dernier concours des prix de l'internat, le plus légitime succès. Ce mémoire est devenu aujourd'hui sa thèse inaugurale.

Les lésions secondaires de la diphthérie sont cardiaques et emboliques. Elles n'ont pas encore été décrites, et cependant méritent de l'être, car elles expliquent la mort par une lésion toute spéciale des poumons et des autres organes. Dans le cœur, il y a, 22 fois sur 40, une *endocardite végétante aiguë* avec des dépôts fibrineux qui sont l'origine de fréquentes embolies. Les poumons renferment des infarctus sanguins; ils présentent souvent aussi, entre leurs lobules, de petites thromboses veineuses. Des infarctus sanguins se rencontrent quelquefois sous le péricarde, entre les fibres altérées du cœur et jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Des thromboses veineuses existent dans la pie-mère, dans le cerveau, dans les sinus de la dure-mère, dans le foie et dans les différentes parties du corps. Dans la diphthérie grave, la fibre musculaire du cœur est souvent dégénérée (myocardite), etc. Tels sont, en peu de mots, les principaux faits anatomo-pathologiques mis en lumière par l'auteur. Ces recherches originales sont appuyées sur 100 observations, dont 66 personnelles.

On comprend aisément tout l'intérêt qui s'attache à une pareille étude. Car il ne suffit pas, en présence d'une diphthérie terminée par la mort sans que le larynx ait été envahi par les *fausses membranes*, d'expliquer vaguement cette mort par une *infection diphthérique* inconnue dans sa nature. Il est utile de suivre, pièces en main, les effets de cette altération du sang, et de la voir porter son action délétère successivement sur l'endocarde, sur la tunique interne des artères, sur les petits vaisseaux, enfin dans l'intimité des différents tissus. Telle est, en effet, la cause que l'auteur attribue à son endocardite secondaire : l'adultération du liquide en contact avec la face interne du cœur. Pour nous, il nous semble difficile d'admettre que, dans le cœur et les grosses artères, le sang qui circule à grande vitesse ait une influence directe sur la nutrition des tuniques vasculaires, et puisse modifier, pour ainsi dire à la course, les éléments fixes de la paroi sur laquelle il glisse. Tout autres sont les conditions dans le système capillaire, où le courant sanguin est ralenti et où l'épithélium se laisse évidemment traverser par le sang. Aussi comprend-on mieux que la dyscrasie agisse sur les tuniques artérielles ou sur l'endocarde par l'intermédiaire des vasa-vasorum. Cette distinction, d'ailleurs, est secondaire; peu importe que la nutrition des valvules soit troublée par le sang qui baigne leur surface ou par celui que leur apportent les capillaires; le lien qui unit l'altération du tissu à la dyscrasie est toujours le même.

L'auteur choisit, comme exemples, parmi les faits qui lui sont propres, vingt-quatre observations de diphthérie terminée par la mort, et dans lesquelles il a constamment rencontré l'endocardite. Pour répondre aux objections qu'on pourrait lui faire quant à la nature de cette lésion, il a placé à la fin de son travail une planche en chromo-lithographie qui représente fidèlement les altérations cardiaques constatées dans l'une de ses observations. L'examen microscopique lui a d'ailleurs constamment révélé tous les caractères décrits par J. Muller, Virchow, Cornil et Ranvier, comme propres à cette plegmasie. Enfin il n'a choisi que des cas se rapportant à des affections diphthériques primitives, et dans lesquels, par conséquent, l'endocardite ne pouvait être mise sur le compte d'une autre maladie, telle qu'une fièvre éruptive.

Le fait ainsi posé, M. Labadie-Lagrave aborde l'étude de la lésion cardiaque, après avoir proclamé en quelques mots l'union indissoluble de l'anatomie pathologique et de la clinique : « Que servirait, dit-il, la simple et brutale constatation des lésions cadavériques, si l'on ne cherchait à expliquer par elles les symptômes observés sur le vivant, les causes qui ont déterminé l'issue fatale, la nature enfin des maladies que l'on s'est vainement efforcé de guérir? L'anatomie pathologique ne serait que lettre morte, si elle n'était appelée à servir ainsi de contrôle et de flambeau à la clinique, car « les maladies, comme l'a dit l'immortel Laënnec, ne « peuvent être sûrement distinguées que par leurs caractères anatomiques. »

L'endocardite secondaire de la diphthérie siége de préférence sur les valvules, et, en particulier, sur la valvule mitrale. L'auteur passe en revue ses différents caractères : coloration, végétations miliaires, coagula fibrineux, et conclut qu'elle n'a pas de caractères spécifiques,

et ne porte en aucune façon le cachet de la maladie primitive. Elle affecte en général la forme *hyperplastique* ou *végétante aiguë*; elle semble s'arrêter à ce premier terme du processus inflammatoire, et ne prend pas la *forme ulcéreuse* qui se montre dans certaines maladies graves infectieuses ou septiques.

Comme la plupart des endocardites secondaires, celle-ci est presque toujours sourde et obscure dans son début, insidieuse et latente dans sa marche, mais parfois soudaine et terrible dans ses effets. L'âge du sujet, les altérations du poumon, les bruits anormaux de l'arbre respiratoire, etc., en masquent trop souvent les symptômes, tels que palpitations, douleurs, dyspnée, bruit de souffle. Ce dernier signe, bien qu'il ne soit pas toujours perceptible, est cependant le meilleur de tous, et permet souvent de porter un pronostic fâcheux sur l'issue d'une trachéotomie faite dans des conditions en apparence favorables.

L'auteur regrette de n'avoir à présenter aucun tracé sphygmographique, à cause de la difficulté d'application de l'instrument de Marey chez les jeunes enfants. Faut-il le regretter beaucoup? En revanche, il étudie avec soin la marche de la température dans la diphthérie, négligée par Wunderlich. Si le croup est parvenu au cinquième ou sixième jour, et que l'on voie apparaître à ce moment une brusque et rapide élévation de température, dépassant 39°5 et arrivant le plus souvent à 40° et au-dessus, c'est alors qu'il faut interroger les poumons, puis les reins, et, si ces deux premières investigations restent sans résultat, ausculter le cœur, dont l'examen révélera une endocardite aiguë en voie d'évolution.

Une des plus fâcheuses conséquences de l'endocardite est la *thrombose cardiaque*. Beaucoup d'auteurs avaient signalé cette cause de mort subite dans les affections diphthériques, mais aucun d'eux n'avait su découvrir la relation qui existe entre ce phénomène ultime et la lésion inflammatoire de l'endocarde. M. Labadie-Lagrave établit nettement cette relation, après avoir éliminé les interprétations variées et contestables dont la thrombose cardiaque a jusqu'ici été l'objet. Puis il cherche à distinguer cliniquement les accidents dus à cette thrombose de ceux que produit l'obstruction mécanique des voies aériennes, la mort par *syncope* de la mort par *apnée*; c'est là un point essentiel, car, dans le premier cas, l'intervention chirurgicale est complétement inefficace; dans le second, la terminaison fatale peut être évitée par une opération opportune. Les symptômes qui accompagnent la *thrombose rapide*, ceux qu'amène la *thrombose lente*, sont décrits et étudiés à part; cette importante distinction clinique, négligée dans les traités classiques, peut fournir de précieux éléments au pronostic du croup et à la physiologie pathologique de ses complications.

Après avoir décrit l'endocardite secondaire et une de ses conséquences les plus graves, la thrombose, l'auteur signale un troisième ordre de phénomènes qui peuvent succéder à cette lésion : les accidents emboliques. Puis il résume en quelques mots ses recherches par la conclusion suivante : « Il nous paraît de la plus haute utilité pratique de rechercher l'existence de cette complication (l'endocardite) dans tous les cas de diphthérie pharyngée, laryngienne, cutanée ou autre, car c'est de sa constatation ou de son absence, que le clinicien pourra tirer des indications pronostiques vraiment fondées. Les accidents auxquels l'inflammation cardiaque peut donner lieu, sont quelquefois assez rapidement mortels pour mettre toujours en garde le médecin scrupuleux contre les espérances, souvent trompeuses, qu'il aurait pu concevoir. »

Il nous reste, en terminant cette analyse, un dernier éloge à faire à M. Labadie-Lagrave. Dans un travail original, fondé uniquement sur des recherches personnelles, il a eu le rare mérite d'être bref. Sa thèse, non compris les observations, n'a pas plus de quarante-cinq pages. Exposer simplement, sans longueurs ni emphase, le résultat de ses observations, c'était le meilleur moyen d'en faire ressortir toute la valeur, et c'était faire preuve en même temps du meilleur esprit scientifique.

L.-Gustave RICHELOT,
Aide d'anatomie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mai 1873. — Présidence de M. LAILLER, vice-président.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Présentation d'une *hémorrhagie cérébrale*, par M. Ball. Discussion: MM. Brouardel, Ball, Luys. — Mémoire sur les *perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax*, par M. Féréol.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend :

Le *Lyon médical*, nos 9 et 10, 1873.
Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, tome VII, n° 3, 1873.
Les *Archives de médecine navale*, tome XIX, n° 5.
Le *Bulletin médical du Nord*, n° 4, 1873.
La *Revue médicale de Toulouse*, 7e année, n° 5.
Le *Compte rendu médical des Ambulances fixes de Savoie*, campagne 1870-1871. — Société médicale de Chambéry.
Un mémoire du docteur THIRY sur la *Rétention d'urine et la ponction de la vessie.*

—

M. BALL présente à la Société le cerveau d'une malade qui a succombé à une hémorrhagie cérébrale. (Sera publié.)

M. BROUARDEL : D'après M. Ball, la malade aurait succombé à une hémorrhagie cérébrale de date ancienne, caractérisée pendant de longs mois par une simple céphalalgie, sans paralysie. Puis, trois semaines avant la mort, serait survenue une série d'accidents, hémiplégie incomplète, convulsions, etc. L'autopsie ne donne pas la raison de ces accidents ultimes.

Bien que je n'aie pas vu la malade, il me semble résulter de cette observation que la succession des accidents doit recevoir une autre interprétation. Pour moi, je serais porté à croire que cette malade a eu des accidents douloureux de nature indéterminée et que, trois semaines avant sa mort, il s'est fait une hémorrhagie cérébrale. Cette opinion s'appuie surtout sur l'époque d'apparition des phénomènes épileptiformes. Les accidents convulsifs, lorsqu'ils dépendent d'une irritation des méninges par perforation ou par simple distension, apparaissent presque de suite après le raptus hémorrhagique. Ce ne sont pas des convulsions ultimes, mais des convulsions du début. Il faut noter aussi que l'hémiplégie n'est apparue qu'en même temps que les convulsions. Enfin, l'examen du contenu du kyste hémorrhagique a montré à M. Ball que les globules sanguins n'étaient pas déformés, déchiquetés; ils étaient seulement un peu moins volumineux que d'ordinaire. Ce sont là les caractères anatomiques d'une hémorrhagie récente, faite probablement autour d'une lésion ancienne. Au lieu d'examiner seulement la surface de ce qui semble un caillot rétracté, si M. Ball examine au microscope un point pris au centre de l'insertion, il est probable que cette recherche donnera l'explication de ces divers accidents et de leur succession. La céphalalgie, d'ailleurs, si on s'en rapporte à une statistique recueillie par M. Gintrac, est un phénomène qui accompagne surtout les lésions des circonvolutions. On la trouve donc souvent en même temps que les convulsions.

Quant à la théorie de Brown-Séquard, qui tend à faire de l'hémisphère cérébral gauche le siége des opérations intellectuelles et de l'hémisphère cérébral droit le siége des actions végétatives, il serait difficile de l'appuyer sur ce fait. Il y a eu des eschares, cela est vrai ; il n'y avait pas de troubles de l'intelligence ou de la parole ; mais si la lésion eût siégé dans l'hémisphère gauche, les conséquences eussent probablement été les mêmes pour l'intelligence et la parole. L'aphasie est, en effet, d'une extrême rareté dans l'hémorrhagie cérébrale ; elle appartient au ramollissement : on ne possède pas plus de cinq cas d'aphasie causée par l'hémorrhagie cérébrale de la troisième circonvolution gauche.

Je demanderai enfin à M. Ball si on a trouvé dans l'encéphale de cette malade des anévrysmes miliaires. Pour moi, jusqu'à présent, il me semble que ce n'est pas un des cas types d'hémorrhagie cérébrale, mais une hémorrhagie survenue trois semaines avant la mort et préparée par une lésion antérieure.

M. BALL : L'anatomie pathologique ne me permet pas d'admettre que l'hémorrhagie date de trois semaines seulement avant la mort. En acceptant même qu'il se soit fait une seconde hémorrhagie à cette époque, il n'en faut pas moins reconnaître que l'ancien caillot qui forme une tumeur noire est de date bien plus ancienne. Enfin, l'hémorrhagie est entourée d'un kyste dont l'organisation ne fait pas supposer une origine récente. Bien que les globules ne fussent pas déchiquetés, ils étaient jaune ocreux : la lésion est donc ancienne ; peut-être pourrait-on tout au plus admettre qu'il y a eu deux hémorrhagies.

J'avoue que je n'ai pas recherché l'existence des anévrysmes miliaires, c'est un point qui sera ultérieurement déterminé.

Quant à la duplicité de l'organe encéphalique, je n'ai pas sur ce point une opinion bien arrêtée : c'est un sujet à l'étude qui ne pourra être élucidé que par l'emploi sévère de la méthode numérique. M. Brown-Séquard n'a d'ailleurs prétendu rien affirmer d'absolu. Il a recueilli 3 ou 400 cas de lésions de l'encéphale, et il a trouvé que, lorsque ces lésions siégeaient dans l'émisphère gauche, les troubles de l'intelligence et de la parole étaient trois ou quatre fois plus fréquents que lorsque les lésions siégeaient du côté opposé. Tandis que, sous le rapport des actions végétatives, la prédominance se trouverait dans les cas de lésion de l'hémisphère droit.

J'ai voulu seulement noter que l'observation que je rapporte faisait une unité de plus à joindre aux cas de M. Brown-Séquard.

M. Luys : Le fait que M. Ball signale à la Société est des plus curieux, et il me permettra de lui demander quelques nouveaux renseignements sur certains points. Je voudrais savoir quels étaient les rapports précis de la tumeur avec les couches optiques et les corps striés. La tumeur pouvait en effet les intéresser, soit directement, soit par compression. De plus, j'ai souvent constaté que les lésions du cervelet se traduisaient par des phénomènes intermittents affectant le type quarte. Je l'ai vérifié en dépouillant plus de cent observations. Je demanderai donc à M. Ball quelques détails complémentaires sur l'état du cervelet.

Le fait d'une dégénérescence des cordons de la moelle semble démontrer que la lésion de l'encéphale était de date ancienne. Il paraît vraisemblable qu'il s'est développé un néoplasme qui a été le point de départ de l'hémorrhagie. On sait, en effet, avec quelle facilité se produisent les hémorrhagies, par suite des altérations que les vaisseaux mal développés subissent dans ces néoplasmes : les hémorrhagies se font comme dans les fausses membranes de la plèvre ou du péricarde.

Enfin, on peut se demander si, dans certains cas, les tumeurs encéphaliques, par suite de leur développement excentrique, par suite des efforts qu'elles font pour s'accroître, n'agissent pas à distance, pour ainsi dire, et n'influent pas, selon le sens de leur poussée, sur tel ou tel organe, telle ou telle partie éloignée?

M. Ball : Je partage la manière de voir de M. Luys sur un grand nombre de points. La tumeur qui enveloppait ce caillot hémorrhagique avait environ le volume d'une mandarine, et elle devait nécessairement exercer une pression sur les ganglions optostriés, bien que ceux-ci ne fussent pas lésés directement. La tumeur était hémisphérique et proéminait plutôt à la surface du cerveau.

Il n'y avait aucune lésion du cervelet, du bulbe ou de la protubérance.

Les altérations médullaires, bien que rudimentaires, montraient que la lésion datait de plus de trois semaines.

Enfin, j'attribue, comme M. Luys, aux manifestations à distance un très-grand rôle. Il se fait une irradiation qui rend toutes les parties de l'encéphale solidaires de la lésion à foyer. Et si on se rappelle les cas d'hémiplégie pneumonique, on conçoit facilement que les lésions cérébrales poussent des prolongements plus éloignés que leurs dévastations matérielles.

Je compléterai d'ailleurs l'examen du noyau, que je n'ai pas voulu intéresser trop profondément pour présenter la pièce à la Société avec son apparence extérieure.

—

M. Féréol lit un travail sur les perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax. (Voir l'Union Médicale des 3 et 5 juin 1873.)

Le secrétaire, Dr Brouardel.

FORMULAIRE

—

Pommade contre le pityriasis. — Hardy.

Acide nitrique.	1	gramme.
Axonge.	30	—

F. s. a. une pommade conseillée contre le pityriasis capitis, et qu'on appliquera quand les cheveux auront été coupés. En même temps, on prescrira l'usage interne des amers, tels que le houblon, la centaurée, le sirop antiscorbutique, le vin et le sirop de gentiane. Dans les cas rebelles, on administrera les sulfureux à l'intérieur et les eaux minérales sulfureuses. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 1er Juillet 1774.

—

M. de Boissy écrit, pour l'impression, une lettre sous ce titre : *Avis aux mères au sujet de l'inoculation, ou Lettre à une Dame de province qui hésitait de faire inoculer ses enfants.* Paris, 1775, in-8° de 48 pages.

L'auteur s'est proposé de persuader aux mères : 1° que communément on n'a pas deux fois la petite vérole ; 2° que la petite vérole artificielle est une vraie petite vérole ; 3° que la petite vérole artificielle est beaucoup moins dangereuse que la petite vérole naturelle ; 4° qu'il n'y a aucun danger à se donner la petite vérole quand on ne l'a pas eue ; 5° que les médecins les plus célèbres ont adopté l'inoculation, et que presque toutes les têtes couronnées s'y sont soumises. — A. Ch.

COURRIER

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. Berger, suppléant pour les chaires de médecine à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est nommé professeur de clinique interne à ladite École, en remplacement de M. Buissard, décédé.

BIBLIOTHÈQUE SAINTE-GENEVIÈVE. — M. le docteur Davesne, médecin du dispensaire à la Préfecture de Police, est nommé médecin de la Bibliothèque Sainte-Geneviève (fonction gratuite).

— On va construire, à Moscou, un nouvel hôpital pour les classes ouvrières, composé de nombreuses maisonnettes ou baraques qui contiendront en tout 446 lits. Ces maisonnettes auront le moins possible le type ordinaire des hôpitaux et se rapprocheront du type des maisons ouvrières. Chaque corps de logis contiendra de 16 à 20 lits et un cabinet de bains. Le prix de revient sera de 500,000 roubles et provient d'un legs fait par le chambellan Bekétow, qui a fait don de toute sa fortune mobilière et immobilière aux établissements de bienfaisance.

DESTRUCTION COMPLÈTE DES INSECTES AILÉS ET DES HANNETONS. — Au milieu d'un jardin, d'un champ, d'un verger, il faut placer un vieux tonneau défoncé, dont on badigeonne la face intérieure des douves avec du goudron liquide. Au fond de ce tonneau, on place le soir une veilleuse allumée.

Les insectes ailés de toute espèce, attirés par la lumière, se précipitent vers la veilleuse, en bourdonnant autour, ils touchent aux parois du tonneau, pattes, antennes et ailes sont engluées par le goudron et tombent au fond du tonneau. Chaque matin on recueille un excellent engrais et l'on n'a déboursé que pour quelques centimes de goudron. — CAFFE.

Bulletin hebdomadaire des Décès d'après les déclarations à l'état civil

du 21 au 27 juin 1873.

CAUSES DE DÉCÈS.	DOMICILE	HÔPITAUX	TOTAUX	TOTAL des décès de la sem. précédente
Variole	»	»	»	»
Rougeole	13	1	14	10
Scarlatine	1	»	1	1
Fièvre typhoïde	5	2	7	3
Typhus	»	»	»	»
Erysipèle	6	2	8	5
Bronchite aiguë	21	»	21	22
Pneumonie	29	7	36	32
Dysenterie	1	»	1	2
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	9	»	9	3
Choléra nostras	1	»	1	»
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	3	1	4	15
Croup	4	8	12	14
Affections puerpérales	3	1	4	8
Autres affections aiguës	190	54	244	250
Affections chroniques	191	94	285(1)	282
Affections chirurgicales	23	33	56	40
Causes accidentelles	25	1	26	15
Totaux	525	204	729	702

LONDRES : Décès du 15 au 21 juin 1873. 1,191
Variole, 3. — Rougeole, 31. — Fièvre scarlatine, 9. — Diphthérie, 11. — Croup, 16. — Coqueluche, 39. — Fièvre typhoïde, 12. — Erysipèle, 9. — Dysenterie, 2. — Diarrhée, 20. — Choléra nostras, 1. — Bronchite, 102. — Pneumonie, 58.
NEW-YORK : Décès du 18 au 24 mai 1873. 537
Variole, 1. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 29. — Diphthérie, 11. — Croup, 11. — Coqueluche, 5. — Fièvre typh., 11. — Diarr., 22. — Pneum., 67. — Bronch., 23.
ROME : Décès du 9 au 15 juin 1873. 154
Fièvre typh., 6. — Variole, 1. — Roug., 1. — Diphthérie et Croup, 6. — Pneumonie, 10. — Bronchite, 7.

(1) Sur ce chiffre de 285 décès, 145 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

VU : *le Médecin de la Préfecture de la Seine*, Dr Jules WORMS.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le typhus se prolonge, mais sans avancer, sans aboutir M. Briquet n'a pas voulu rester sous le coup des critiques que son premier discours a suscitées, et dans un second discours, dont il n'a lu que la première partie, cet honorable académicien a cherché à justifier son opinion sur l'identité de la fièvre typhoïde et du typhus. Cette justification, M. Briquet l'a empruntée à l'histoire, et, en effet, dans un historique très-étendu, il a montré que les auteurs qui se sont succédé jusqu'à M. Louis inclusivement, n'avaient vu que des analogies entre le typhus des armées et les fièvres désignées sous les noms de putrides, adynamiques, ataxiques, etc., dénominations auxquelles a succédé celle de fièvre typhoïde.

La réfutation de ce discours avait été faite d'avance par l'analyse de l'ouvrage du docteur Tweedie, présentée par M. Henri Roger, sur les épidémies de *typhus fever* qui ont ravagé l'Angleterre et surtout l'Irlande. L'auteur anglais a mis en parfaite lumière les différences symptomatiques et anatomo-pathologiques observées dans le *typhus fever* et la fièvre typhoïde. Il convient de dire que cet auteur a été devancé en France par Valleix, dont les mémoires, publiés dans les *Archives* il y a trente ans, avaient mis en évidence les dissemblances de ces deux maladies.

C'est donc bien à tort, selon l'opinion généralement adoptée aujourd'hui, que M. Briquet s'obstine dans la doctrine de l'identité. Il pourrait employer à soutenir une meilleure cause son talent réel de discussion et de polémiste.

M. le docteur Billaudeau, de Soissons, a présenté une notice intéressante et une très-belle photographie sur une monstruosité du genre rhinocéphale. C'est un enfant né sans yeux et sans nez; un appendice charnu en forme de petite trompe remplaçait ce dernier organe.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE. — Le nommé Rousseau a été condamné, par le tribunal de première instance de la Seine, à 500 francs d'amende, aux dépens, et à payer en outre à la partie civile 50 francs de dommages-intérêts pour avoir vendu du vin de quinquina.

Ce jugement a été confirmé par arrêt de la Cour d'appel de Paris, le 27 février 1873, en ce qui concerne l'amende et les dépens. — J. J.

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON

III

M. Jean-Paul Laurens qui, l'année dernière, avait peint le tableau si poignant de l'exécution du duc d'Enghien dans les fossés de Vincennes, a voulu aborder cette année la peinture religieuse. Le tableau qu'il expose, dans le salon carré, représente la piscine de Bethsaïda, à Jérusalem.... « Et le premier qui descendait dans la piscine, après le mouvement de l'eau, était guéri, » dit le livret, d'après l'évangile de saint Jean. Ce tableau ressemble à un bon tableau. Il dénote chez l'auteur beaucoup de science, une grande hardiesse et l'habitude de regarder les maîtres. Il lui manque, toutefois, les qualités essentielles sans lesquelles une œuvre n'est point magistrale : la simplicité de la composition, la franche distribution de la lumière et la solidité des tons. La composition est si confuse qu'il serait impossible, sans le livret, de comprendre de quoi il s'agit, et que, avec le livret, on a toutes les peines du monde à s'en tirer. C'est une étude assez fatigante à faire. Le personnage qui soulève dans ses bras le pauvre paralytique qu'il s'apprête à plonger dans la piscine, ne pourrait se tenir debout une seconde. Son attitude est absolument invraisemblable et en opposition avec toutes les lois de la statique. L'ange, qui est censé remuer l'eau, a bien plutôt l'air de s'enlever sur le long bâton qu'il tient. Cette figure devrait être le point lumineux de la toile; elle en est, au contraire, la partie la plus noire. La plupart des personnages ne sont là que pour remplir les vides ou soutenir les lignes de la composition, à laquelle ils n'ajoutent rien. Ils restent étran-

PATHOLOGIE

DE L'EXPECTORATION SÉREUSE, DITE ALBUMINEUSE, OBSERVÉE A LA SUITE DE LA THORACENTÈSE (1) ;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 28 juin 1873,

Par le docteur WOILLEZ, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Ces raisons pour ou contre la possibilité de la lésion du poumon par le trocart méritent un sérieux examen.

Et d'abord il y a une condition capitale en faveur de la possibilité, — je ne dis pas encore la réalité, de la lésion pulmonaire, car cette preuve ne suffirait pas, — en faveur de la possibilité de cette lésion : c'est l'opération elle-même. Elle consiste, en effet, à plonger plus ou moins brusquement et directement un instrument piquant dans la poitrine, en sachant bien la profondeur à laquelle on veut aller, mais en ignorant complétement, sauf dans des cas d'abondance très-exceptionnels, si le poumon ballotte ou non dans le liquide, et ne vient pas au devant de la pointe de l'instrument par une sorte de choc en retour déterminé par la brusquerie de la ponction. En opérant, vous ignorez encore si quelque adhérence localisée ne maintient pas l'organe à portée de la pointe de votre instrument. Et comme il s'agit d'un tissu très-spongieux, celui de l'organe pulmonaire, si vous l'atteignez, aucune sensation de résistance ne vous en avertit, comme on l'a constaté, au contraire, quand on a lésé le foie.

Le fait seul de la thoracentèse établit donc que la lésion du poumon par le trocart est possible. Elle l'est certainement, et elle acquiert même un degré de grande probabilité, dans certains cas, lorsqu'on pratique la ponction pour des épanchements pleurétiques peu abondants.

Il a pu en être ainsi dans l'observation de MM. Ball et Liouville, rapportée sous le nº 21 de la thèse de M. Terrillon. Il s'agit d'une affection cardiaque. A gauche de la poitrine, en bas, y est-il dit, « souffle doux à l'expiration et égophomie. *A droite*, signes d'œdème pulmonaire, signes de la pleurésie assez localisée. *On croirait à un petit épanchement.* » On pratique cependant la ponction dans le septième espace intercostal, à 6 centimètres de la colonne vertébrale (trocart moyen). 1,200 gram.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

---

gers à l'action. Somme toute, nous préférons — et de beaucoup — le duc d'Enghien, si plein d'émotion, si bien étudié au point de vue psychologique; nous le préférons à la piscine, sujet indifférent à l'artiste et qui ne dit rien au spectateur. Si M. Jean-Paul Laurens s'est proposé simplement de prouver qu'il pourrait, au besoin, peindre comme un autre des tableaux d'église, la démonstration est faite; mais qu'il retourne au drame, il y trouvera plus facilement l'emploi de ses remarquables aptitudes.

Pendant que nous sommes au salon carré, regardons en passant la grande machine que M. Puvis de Chavannes intitule, « l'Été ». C'est de la peinture allégorique; ça ne nous éloigne pas trop de la peinture dite religieuse, et nous y trouverons la justification d'un des points touchés plus haut, à propos de ce que les critiques appellent une œuvre de génie. La manière de l'auteur consiste à simplifier outre mesure, — ses figures ne sont plus que des schèmes, — et à commettre des maladresses exprès. Comme, par exemple, des draperies qui, n'étant soutenues par rien, tiennent en place par la seule puissance de la volonté de l'artiste. Il cherche, évidemment, un défaut, un paradoxe qui fasse crier les bourgeois, afin que les artistes réagissent et vantent, par opposition, les qualités qui pourraient se trouver à côté de ce que le public juge avec sévérité. Il est, comme on dit dans le métier, très-ficelle M. Puvis de Chavannes! Les critiques naïfs s'y sont laissé prendre au début. Mais c'est fini; la mine est éventée et la peinture est vide. Revenons aux sujets religieux :

M. Lehoux (Pierre-Adrien-Pascal) a exposé deux tableaux, l'un représentant « une Océanide » et l'autre « David et Goliath. » Le jury lui a décerné une deuxième médaille; est-ce pour ce dernier? Cela nous étonnerait, car l'auteur semble avoir pris à tâche d'accumuler sur sa toile les contradictions et les contre-sens. Goliath, abattu, est couché sur le ventre; ses talons sont armés, à la partie postérieure devenue supérieure dans la position du géant, de

de sérosité. On sent le poumon frapper l'extrémité de la canule. Vers la fin de l'opération : toux et expectoration abondante, *d'abord sanguinolente*, de liquide semblable à celui de la plèvre. La mort survient deux jours après. Il y a, à la base du poumon droit, une hépatisation dont les signes n'existaient pas au moment de la ponction, et qui pouvait en être la conséquence.

En bonne foi, Messieurs, la plupart des preuves d'une lésion pulmonaire sans pneumothorax ne se trouvent-elles pas réunies dans cette observation? Si bien réunies, que ce fait pourrait me servir de point de départ pour discuter la valeur des signes attribués à la lésion du poumon.

Dans l'observation de MM. Troisier et Vulpian, l'épanchement était moins abondant encore, il était « résorbé en partie » et il y avait « du frottement à la partie moyenne. » Un quart de litre de gaz sort par la canule avec le liquide, et il est expectoré 250 grammes de liquide filant qui se coagule par la chaleur et l'acide nitrique.

Si j'ajoute que l'on conseille comme règle d'opérer tous les épanchements pleurétiques, même peu abondants, je me crois en droit d'affirmer de nouveau, non-seulement qu'il est possible, mais qu'il est plus que probable que la ponction atteint alors le poumon dans un certain nombre de cas, sans qu'il y ait pneumothorax.

Une des meilleures preuves de la lésion du poumon par le trocart, est l'expectoration plus ou moins rapide, après la ponction, d'un liquide semblable à celui qui est extrait de la plèvre. On ne compte plus pour ainsi dire les observations dans lesquelles les caractères extérieurs ont été les mêmes de part et d'autre. C'est là un fait acquis et incontestable, et M. Féréol nous en a fourni un remarquable exemple. Mais, parmi ces caractères extérieurs, qu'il me paraît inutile de décrire, il en est un qui a une valeur particulière : c'est que le liquide expectoré peut être sanguinolent, et parfois seulement au premier moment, avant d'être exclusivement séreux, ce qui me semble démontrer que le liquide, en traversant le poumon, entraîne d'abord le sang qui sort des vaisseaux au niveau de la piqûre.

Dans trois observations de la thèse de M. Terrillon, il en a été ainsi; dans les IIIe, XVIIe et XXIe.

On peut rapprocher de ces faits ceux dans lesquels l'examen microscopique, qui me paraît en général ici de peu d'importance, sauf dans ce cas particulier, l'examen microscopique a démontré dans les deux liquides la présence de globules sanguins.

---

prolongements extraordinaires, de véritables sabots. Passe encore s'ils étaient en dessous! Nous avons vu et examiné de près des populations qui ont l'habitude de marcher pieds nus : nous n'avons jamais rien rencontré de pareil à ces formidables prolongements cornés. En est-il donc question dans les Écritures? Point du tout.

David est en train de couper la tête à son ennemi vaincu, tradition que les Arabes ont fidèlement conservée. Le couteau a pénétré plus d'à moitié dans le cou, en arrière; par conséquent, la section de la moelle est complète. Cependant, les deux bras du pauvre bravache indiquent un effort suprême. C'est un non-sens. Voici la contradiction : le bras droit est relevé, l'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras, et la main s'appuie largement sur le sol pour soulever le corps. Le bras, l'avant-bras, la main, tout est mou; les veines sont effacées; pas le moindre indice de contraction. Le bras gauche, au contraire, étendu le long du corps et dont la main s'ouvre dans le vide, offre des veines gonflées, très-apparentes, et des muscles violemment contractés. Pour quoi faire?

M. Lehoux a trouvé bon de peindre David avec des cheveux rouges, et Goliath avec des cheveux bruns. Renvoyé, pour ce dernier, à la Société d'anthropologie.

Nous renvoyons à la même Société un autre tableau intitulé, « David » tout court, exposé par M. Paul de La Boulaye, sous le n° 834. Ici, c'est le Goliath qui est roux, et le David qui est brun. La scène a été placée par le peintre dans un étroit couloir de rochers, semblable à une grotte. On ne comprend pas dans quel but. Le champion d'Israël n'aurait pas eu, dans cet endroit resserré, l'espace nécessaire pour lancer sa pierre, et personne n'aurait pu voir le fameux duel. Le texte est formel d'ailleurs : « L'armée de Saül était campée sur une montagne: celle des Philistins, sur la montagne en regard; entre les deux s'étendait la vallée du Térébinthe (quel nom charmant!), et c'est là que, pendant quarante jours,

Les caractères chimiques du liquide expectoré sont principalement d'une grande importance, surtout en présence des caractères que j'ai signalés dans les liquides d'origine alvéolaire incontestable. Ici il y a bien un précipité par la chaleur et l'acide azotique; mais quelle différence! Ici simple opalescence par la chaleur seule, et précipité albumineux plus manifeste par l'acide azotique et la chaleur combinés, mais ne donnant habituellement en hauteur dans les tubes que 1/8, 1/10, tandis que tout liquide séreux de la plèvre se coagule en masse et donne un précipité caillebotté, occupant, même par le repos, toute la hauteur du liquide.

J'ai eu la chance, comme je l'ai dit, d'avoir eu ces jours derniers sous les yeux une pleurésie droite moyenne, dans laquelle il y avait chaque jour expectoration d'un quart de crachoir de liquide séreux transparent. Ce liquide, examiné d'abord deux fois par M. Ory, mon interne, a été trouvé exactement semblable à ceux qu'il avait examinés en dehors de la pleurésie : même opalescence, même précipité léger. L'épanchement ayant fait des progrès, la thoracentèse fut pratiquée, et ne présenta rien d'extraordinaire. Seulement, le lendemain de l'opération, il y eut expectoration d'un liquide transparent et séreux, qui donna les mêmes résultats que les premiers; tandis que le liquide extrait par la thoracentèse fournissait un précipité caillebotté très-considérable. De l'eau étant ajoutée à ce liquide en proportions différentes, il a fallu le dissoudre dans vingt fois au moins son poids d'eau pour réduire le précipité à ce qu'il était dans le liquide expectoré.

Il est évident, ce me semble, que l'examen chimique par la chaleur et l'acide azotique, pratiqué avec plus de soins qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, est d'une plus grande valeur qu'on ne l'a pensé, et que notre collègue M. Féréol ne considérera plus comme inutile cette constatation, qui peut démontrer ou faire rejeter l'identité des deux liquides. Cet examen n'a été fait que dans la moitié des observations réunies par M. Terrillon.

L'identité a été rendue plus évidente par l'analyse chimique qui, dans certains de ces faits, a montré que les deux liquides contenaient en poids la même quantité d'albumine.

La sortie de bulles d'air par la canule pendant l'opération est une aussi bonne preuve de la lésion pulmonaire que la sortie du sang dans le premier liquide expectoré peu après la thoracentèse. Je reviendrai tout à l'heure sur ce phénomène.

Je passe maintenant aux objections qui ont été faites à la lésion du poumon par le trocart, lésion dont l'on va jusqu'à nier absolument la possibilité.

Goliath, de Geth, fit entendre ses effroyables provocations. « Pourquoi changer tout cela? Pourquoi encore faire un David brun, quand le texte dit formellement : « Il était adolescent, *roux* et beau de visage? » — On voit que je simplifie la besogne de la Société d'anthropologie. — Mais M. Paul de La Boulaye semble avoir voulu rectifier à sa façon les Écritures. Dans sa composition, la tête du géant ne porte aucune trace de blessure, et le texte dit : « Et fut la pierre fichée en son front, et tomba sur sa face en terre. » Enfin, c'est son affaire. La nôtre est de dire que toutes ces modifications ne nous paraissent pas heureuses. Ce David est un pur voyou, avec son yatagan sur l'épaule, « comme l'arme à volonté, » avec ses jambes maigres et cagneuses, et la tête de Goliath qu'il porte à bout de bras, comme on porte un seau ou un panier à salade. Il a l'air de la crier à vendre!

Je ne crois pas qu'un sujet ait été traité plus de fois que le combat de David et de Goliath. C'est une raison pour qu'il le soit toujours. Les artistes, nous l'avons vu, aiment à se répéter sans cesse; ce que l'un a fait, un autre le fera. De plus, le sujet est pittoresque et contrasté; l'opposition de la jeunesse et de l'âge mûr, des formes élégantes du berger avec les formes massives du soldat, de la nudité de celui-là avec la cuirasse à écailles et le heaume d'airain de celui-ci, etc., en voilà plus qu'il n'en faut pour susciter la verve du peintre. Seulement, il me paraît que le sentiment des artistes et celui du public font fausse route. C'est à David qu'on s'intéresse parce qu'il est le plus petit et qu'il est nu. En réalité, c'est le moins intéressant des deux, car c'est le moins loyal et le mieux armé. Goliath le « desprisait » parce qu'il ne lui voyait dans les mains qu'un bâton, mais David avait la fronde, arme de jet, qui était le fusil, ou plus proprement le revolver de ce temps-là. Ce combat tant célébré n'est, au fond, qu'un duel dans lequel un des adversaires se battait au pistolet, tandis que l'autre entendait se battre à l'épée.

Cl. Suty.

Quoique cette opinion radicale ait été battue en brèche par ce que j'ai dit déjà, voyons quelle peut être la valeur des raisons opposantes.

Le retard de l'expectoration survenue après la ponction démontrerait, dit-on, que le liquide expectoré ne provient pas d'une piqûre. Dans les 11 cas de M. Terrillon où l'identité des liquides a été constatée chimiquement, les seuls par conséquent que l'on puisse accepter, puisque cette identité est une des meilleures raisons pour la probabilité du traumatisme, trois fois le moment de l'apparition de l'expectoration n'est pas indiqué ; dans les 8 autres faits, on l'a noté : à la fin, ou aussitôt après l'opération, deux fois ; après trois quarts d'heure, une fois ; après une heure, chez trois sujets ; et après quelques heures, chez un seul.

On voit, en s'en rapportant aux faits qui peuvent faire autorité, que ce retard de l'expectoration après la thoracentèse n'est pas aussi accentué qu'on l'a dit. C'est le plus souvent immédiatement après l'opération, ou une heure au plus après, que le liquide est censé être arrivé dans les voies respiratoires supérieures.

Quoi d'étonnant à cela, Messieurs? Quand nous voyons le liquide de la plèvre sortir quelquefois avec plus ou moins d'abondance par la plaie extérieure plus longtemps encore après la ponction, malgré le peu d'épaisseur des parois thoraciques, on s'étonnerait que le liquide mette une heure à s'insinuer dans les vacuoles pulmonaires par une plaie étroite faite au poumon, et à gagner la glotte! C'est donc une objection de nulle valeur.

Une autre plus spécieuse est celle de l'abondance du liquide expectoré, qui serait peu concevable après l'extraction du liquide faite par l'opération. Ici, Messieurs, on oublie un fait capital, celui de la reproduction souvent si rapide du liquide après la ponction. Malle a communiqué en 1837, à l'Académie de médecine, un cas de mort rapide, puisqu'elle est survenue dans les vingt-quatre heures chez un opéré par la thoracentèse, par suite de la reproduction de six litres de sérosité dans la plèvre. M. Lacaze-Duthiers a rapporté une observation du même genre. Je vous parlais tout à l'heure de la sortie du liquide par la plaie extérieure après l'opération ; sa quantité est quelquefois considérable. J'ai eu plusieurs fois la preuve directe de la rapidité de cette reproduction de la sérosité pleurale à une époque où j'employais une canule à demeure après avoir retiré de la plèvre tout le liquide possible. Eh bien! en pareil cas, il s'écoulait une très-grande quantité de sérosité par la canule, surtout dans les premières vingt-quatre heures.

Cette autre objection ne me paraît donc pas légitime.

Maintenant, il y a la sortie des bulles d'air pendant l'opération, comme cela a eu lieu dans un des faits que j'ai observés et dans celui de M. Vulpian. Cette apparition momentanée de l'air, a-t-on dit, tient simplement à l'aspiration qui existe dans la plèvre ; le gaz vient du liquide intra-pleural dans lequel il est dissous, et il se passe ici ce que l'on voit arriver à l'eau mise dans le vide de la machine pneumatique. Mais il n'y a dans cette comparaison qu'une légère analogie : l'aspiration n'existe pas dans la plèvre tant qu'il y a de l'épanchement, à moins qu'il n'y ait une aspiration faisant le vide. Or, dans mon observation, l'aspiration n'a pas été pratiquée. C'est donc à tort que le professeur Béhier pense que ce dégagement gazeux fait défaut quand on n'emploie pas la méthode aspiratrice. Elle a été, il est vrai, pratiquée dans le fait de MM. Troisier et Vulpian ; mais vous ne sauriez lui attribuer l'extraction d'un quart de litre de gaz. D'ailleurs, faites le vide avec la seringue aspiratrice dans une bouteille contenant de l'eau, et vous ne pourrez arriver à faire crever d'une manière apparente des bulles d'air à la surface du liquide. Il faut beaucoup d'attention pour voir monter de bas en haut des petites bulles presque microscopiques qui ne sont nullement visibles à la surface ; et encore faut-il pousser très-loin l'aspiration.

Voilà encore une objection de peu de valeur. Les deux qui me restent à rappeler en ont-elles davantage?

Il y a d'abord la question de l'abondance du liquide qui rendrait impossible l'atteinte du poumon par le trocart, par suite de son éloignement des parois thoraciques, et son refoulement contre la colonne vertébrale. Remarquez, d'une part,

que le refoulement n'a lieu que dans les cas d'épanchements énormes, chroniques, et qu'aujourd'hui il s'agit d'opérer surtout lorsque l'épanchement est peu ancien, même lorsqu'il est récent. Comment peut-on donc faire valoir ces cas exceptionnels, en dehors de l'observation habituelle? Même lorsqu'il y a un liquide très-abondant, le refoulement du poumon contre la colonne vertébrale est loin d'ailleurs d'être la règle. Le poumon peut être flottant dans le liquide, retenu en bas par des adhérences partielles, et tout cela sans que vous puissiez le plus souvent vous en douter pendant la vie. On ne peut donc s'appuyer sur cette considération pour spécialiser l'impossibilité du traumatisme dans les épanchements abondants.

Reste, Messieurs, une objection dernière qui a paru triomphante, celle de l'impossibilité, dans les cas de mort, de constater la lésion traumatique du poumon dans les cas où elle paraissait exister. Vous me trouverez peut-être présomptueux; mais je crois que je vais vous démontrer que cette dernière objection n'a pas l'importance qu'on lui suppose.

Les perforations pulmonaires, en effet, ne sont pas toujours faciles à découvrir sur le cadavre, même lorsque le pneumothorax qui en résulte vient démontrer leur réalité. A plus forte raison la difficulté est-elle plus grande quand le pneumothorax fait défaut.

Pour que la perforation soit anatomiquement constatée avec facilité, il faut qu'elle ait été le résultat d'une perte de substance du tissu pulmonaire. Quand il n'y a que déchirure du poumon, elle peut passer inaperçue. C'est ce qui arrive pour les perforations dues à l'emphysème pulmonaire, et ce qui les a fait nier, à tort comme je l'ai fait remarquer ailleurs. J'ai cherché en vain une perforation dans un cas de ce genre (1). L'insufflation du poumon elle-même fait très-difficilement passer l'air à travers l'orifice accidentel.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'on recherche en vain une perforation par simple déchirure, comme celle que peut faire le trocart.

Cela s'explique parfaitement par la présence des fausses membranes exsudées qui existent sur la plèvre pulmonaire et par l'état spongieux du tissu du poumon. C'est si vrai que l'on éprouve de la difficulté à retrouver même la trace interne de la ponction au niveau des parois thoraciques. Cela est arrivé à M. Terrillon, et cet aveu est précieux. Il s'agit du malade de sa première observation, à l'autopsie duquel il affirme que le poumon n'a pu être touché par le trocart et ne présente aucune trace de lésion. Mais le poumon « est recouvert d'une mince couche de fausses membranes réticulées, » ce qui a pu d'autant mieux masquer la lésion, que M. Terrillon dit, quelques lignes plus bas : *On retrouve difficilement* le point de la piqûre interne des parois thoraciques, qui ne se constate qu'en « se guidant sur la trace persistante du côté de la peau ». Ainsi, sans la piqûre visible à la peau, il n'est pas sûr que celle de la face interne des parois ait été retrouvée. Si j'ajoute que le malade était mort trente ou trente-cinq minutes après la ponction, on m'accordera que cette difficulté de trouver l'orifice interne de la piqûre des parois devait devenir une impossibilité pour trouver celle du poumon lui-même.

Je finis en concluant :

1° Que l'expectoration séreuse accidentelle, dite albumineuse, peut être due, dans des conditions diverses, à la congestion pulmonaire ;

2° Qu'il peut en être ainsi en particulier dans la pleurésie;

3° Que la lésion du poumon par le trocart, dans l'opération de la thoracentèse, peut donner lieu également à une expectoration séreuse due au passage du liquide pleurétique dans les vacuoles pulmonaires et dans les bronches;

4° Que la source pleurale de l'expectoration séreuse après la thoracentèse paraît

(1) Il s'agit de la 89e observation de mon *Traité* (p. 645). Je m'étonne que M. Renault, interne de M. Hillairet, en publiant une observation de pneumothorax par rupture de vésicules emphysémateuses (UNION MÉD. du 14 juin), n'ait cité que Laënnec, Biermer et Ricker, comme ayant publié des faits de ce genre. Outre le fait qui m'est personnel, on peut citer encore ceux de Cruveilhier, Devilliers, Andral et Stokes.

démontrée par la similitude des liquides de l'expectoration et de la ponction, et surtout par l'abondance considérable de l'albumine que l'un et l'autre de ces liquides présentent; tandis que, dans les expectorations séreuses par hyperémie pulmonaire, la quantité d'albumine est relativement insignifiante.

En arrivant à ces conclusions, et en rapportant l'expectoration séreuse à deux causes principales, à l'hyperémie pulmonaire et à la lésion du poumon par le trocart, je ne prétends pas trancher sans appel cette question nouvelle, et déjà si controversée. J'en reconnais les difficultés, et il est à désirer que tout le monde les reconnaisse également, et sans parti pris.

Malgré les judicieuses raisons données par nos savants collègues, M. Moutard-Martin et, hors de cette enceinte, M. le professeur Béhier, raisons auxquelles j'en ai opposé dont on jugera la valeur, je ne puis rejeter comme eux l'explication de l'expectoration albumineuse due quelquefois — très-rarement, si l'on veut — à la ponction traumatique du poumon. Pour moi, cette question ne sera définitivement résolue que lorsqu'on aura confirmé, ou combattu victorieusement par de nouveaux faits, certaines données sur lesquelles j'ai basé mon argumentation, parce que je les ai admises comme démontrées jusqu'à présent.

Une précipitation très-abondante d'albumine semblable à celle que donne la sérosité intra-pleurale peut-elle avoir lieu dans un liquide séreux expectoré sans communication accidentelle ou traumatique de la cavité pleurale avec les vacuoles pulmonaires? Telle est, en définitive, la question qui me paraît devoir être l'objectif principal des recherches, en dehors du vague de certains faits qui ont été récemment publiés.

Veuillez excuser, Messieurs et chers collègues, la longueur de ces considérations en raison de l'intérêt d'un débat qui suscite des appréciations très-diverses, et du désir que j'ai eu de diminuer quelques obscurités et d'indiquer une voie de recherches nouvelles.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

ALMANACH DES JEUNES MÈRES ET DES NOURRICES POUR 1873, publié par la Société protectrice de l'enfance de Lyon. — Paris; petit in-12 carré.

Voilà un de ces petits livres dont il faut encourager la propagation. Ils sont jolis, bien coquets, enrichis de mignonnes gravures, et ils ne coûtent pas cher... 75 centimes! ils peuvent se glisser partout, dans la mansarde du pauvre, dans le boudoir du riche, apportant toujours d'excellents conseils d'hygiène pour la direction et le salut des babys. Les médecins honorables qui ont glissé leurs signatures sous cette gracieuse couverture verte se nomment: docteurs Brochard, Rodet, Fonteret, Berne, Bouchacourt, Chappet, Diday, etc. C'est plus qu'il n'en faut pour assurer le succès de cette charmante publication, faite dans un but essentiellement moral et social, et que les médecins, les membres du clergé, les magistrats, les chefs d'ateliers, etc., doivent regarder presque comme un devoir de répandre. La *Société protectrice de l'enfance de Lyon* a bien fait d'entrer dans cette voie; les mères la béniront, car elles apprendront l'hygiène du jeune âge; elles seront incitées à alimenter elles-mêmes leurs tendres fruits; elles finiront par avoir horreur des nourrices mercenaires; et, de cette façon, cent mille enfants qui meurent chaque année, parce que la tendresse maternelle ne les couve pas sous son aile, seront conservés à la vie, à leurs familles, à la société. — A. CH.

DES PURGATIFS ET DU SULFOVINATE DE SOUDE, par le docteur Jules BENOIT, officier de la Légion d'honneur. Brochure in-8°. Chez Ad. Delahaye.

Dans ce mémoire, M. Benoit étudie le mode d'action des différents purgatifs dont il est fait aujourd'hui le plus fréquemment usage; il les passe rapidement en revue et montre leurs avantages et leurs inconvénients. Après ces considérations écrites, du reste, en un style très-précis, l'auteur rappelle les travaux de M. Rabuteau sur le sulfovinate de soude, qu'il n'hésite pas à placer à la tête des purgatifs, en raison même de ses effets physiologiques. Toutefois, le sulfovinate de soude a un goût qui ne plaît pas à tous les malades, et cependant, grâce à l'addition d'une substance sucrée et acidule, M. Benoit en a fait un médicament agréable et d'autant plus facile à prendre qu'il suffit de faire dissoudre la dose dans un seul verre d'eau.

Tous les praticiens liront le travail de M. Benoit avec intérêt et profit.

RAPPORT SUR LE SERVICE DÉPARTEMENTAL DE L'ASSISTANCE MÉDICALE ET DE LA VACCINE DE MEURTHE-ET-MOSELLE EN 1871, par M. le docteur SIMONIN, chef du service. Brochure in-8° de 112 pages. Nancy, 1872.

Malgré les bouleversements et la désorganisation occasionnés par la guerre, ce service sanitaire important n'a pas cessé de fonctionner pendant ces années calamiteuses de 1870-1871, grâce à l'activité, au dévouement et au désintéressement du Corps médico-pharmaceutique. Aujourd'hui il est complétement réorganisé et rétabli. Aujourd'hui, dans six arrondissements, sur 826 communes et une population de 389,318 habitants, dont 39,378 indigents sur lesquels 3,751 ont été secourus pendant cet exercice, 9,751 visites ont été faites et 9,751 consultations données.

Par les renseignements qu'il contient, ce travail peut servir de modèle et montre combien ce service si utile laisse encore à désirer, notamment quant à l'hygiène et à la vaccine dans les campagnes. Dans ce département comme dans les autres, la voirie offre les mêmes *desiderata*, la propreté générale n'a fait aucun progrès, les habitants craignent toujours la lumière, l'air et l'eau (page 63). Les sages-femmes sont préférées aux médecins pour la vaccination des enfants. Les remarques judicieuses du rapporteur et bien d'autres rendent cette brochure très-intéressante et utile à consulter au point de vue médical et administratif. — P. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er juillet 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Hervieux comme membre titulaire dans la section d'accouchement.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Dionis des Carrières (d'Auxerre) sur une épidémie de diphthérite qui a régné de novembre 1872 en avril 1873, dans la commune de Cravant.

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1872, dans les départements de Seine-et-Oise, du Gard et du Puy-de-Dôme.

3° Un rapport de M. le docteur Pilat (de Lille) sur une épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, en 1872 et 1873. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un compte rendu, par M. le docteur Benoît, des maladies épidémiques qui ont régné sur le territoire de Béfort.

2° Un rapport sur une épidémie de dysenterie qui a régné, en 1872, dans la commune de Crésancey, par M. le docteur Prieur.

3° Une note sur l'étiologie du typhus d'Algérie, par M. le docteur Tuefferd.

4° Un mémoire sur l'historique du typhus, par M. le docteur Netter.

5° Un mémoire sur les fièvres paludéennes de Bône (Algérie) et sur leur traitement par la médication arsénicale, par M. le docteur Sistach. (Com. des épidémies.)

6° Une note sur l'épidémie de fièvre jaune de Rio-Janeiro, par M. le docteur Guiraud. (Com. MM. Tardieu, Briquet, Guérard.)

7° Une note sur le mathé (thé du Paraguay), par M. Byasson. (Com. MM. Lefort, Bergeron, Gubier.)

8° Une note de M. le docteur Jules Mascarel, sur un cas de tumeur cancéreuse traitée par les injections hypodermiques de perchlorure de fer et d'acide phénique cristallisé, ayant produit le sphacèle des tissus et une petite hémorrhagie qui épuisa tellement les forces de la malade, qu'elle succomba en quelques jours. (Com. M. Chassaignac.)

9° Une note sur un nouveau procédé de dosage de l'hémaglobuline dans le sang, par M. le docteur Quinquaud. (Com. MM. Berthelot et Lefort.)

10° Une observation de M. le docteur Touchard, médecin à Sillé-le-Guillaume (Sarthe), relative à un cas de grossesse terminé, suivant l'auteur, par l'enkystement du fœtus dans l'utérus.

11° Des lettres de candidature de MM. les docteurs Voisin (Auguste), Empis, Parrot et Laboulbène, pour la section d'anatomie pathologique.

12° Plusieurs lettres de remerciements de divers lauréats de l'Académie.

13° Un mémoire pour le concours du prix Civrieux, arrivé après la distribution des prix.

4° Une note de M. le docteur Burcq, ayant pour titre : *Métallothérapie, idiométalloscopie. Application du thermomètre à la détermination des idiosyncrasies.* (Com. MM. Vernois, Vulpian, Hérard.)

M. Dolbeau présente : 1° de la part de M. le docteur Armand Desprès, un volume intitulé : *Traité théorique et pratique de la syphilis, ou infection purulente syphilitique*; — 2° de la part de M. le docteur Gouley, professeur de clinique médico-chirurgicale à New-York, un *Traité des maladies des organes urinaires*; — 3° au nom de M. le docteur Félizet, un mémoire manuscrit sur les transplantations médullaires dans les amputations sous-périostées. (Com. MM. Dolbeau, Legouest et Gosselin.)

M. Tardieu offre en hommage : 1° au nom de M. Alfred Fournier, un ouvrage intitulé : *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*; — 2° en son propre nom, un exemplaire de la 4e édition du *Manuel de pathologie et de clinique médicales.*

M. Chauffard présente, de la part de M. le docteur Ivaren, une brochure intitulée : *Esquisse d'une statistique médicale de la commune et de l'arrondissement d'Avignon.*

M. J. Guérin présente, au nom de M. le docteur Lombard (de Genève), la 3e édition d'un ouvrage *sur les climats des montagnes considérés au point de vue médical.*

M. Henri Roger dépose sur le bureau un volume contenant une série de leçons sur les fièvres continues, publié en 1862 par M. le docteur Tweedie (de Londres). M. Henri Roger termine de la manière suivante l'analyse détaillée qu'il donne de cet important ouvrage :

« En résumé, le fait déjà accepté d'ailleurs de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde nous semble désormais établi sur une série de preuves irréfragables contenues et développées dans l'excellent ouvrage de M. le docteur Tweedie. »

M. le docteur Billaudeau (de Soissons) lit un mémoire sur un cas de monstre rhinocéphale, et met sous les yeux de l'Académie une photographie de ce monstre, fœtus du sexe masculin, né le 10 mars dernier dans le village de Villeneuve-Saint-Germain, près Soissons. La mère avait eu déjà deux enfants parfaitement conformés ; elle dit n'avoir vu, pendant sa grossesse, rien qui fût de nature à lui causer quelque effroi.

Ce fœtus est venu au monde avant terme, à sept mois et demi ; il est né mort ; son poids est de 1 kilogr. 620 grammes ; la longueur, de 45 centimètres. La tête seule offre des anomalies. Il n'a pas de nez, et il n'a qu'une seule ouverture oculaire, laquelle est située sur la ligne médiane. De la bouche à cette ouverture, on voit une large surface ; c'est la lèvre supérieure, qui n'a pas moins de 3 centimètres de hauteur.

Aux deux points où devraient être placés les yeux, on remarque, sur le dessin, deux lignes horizontales ressemblant à des paupières closes par le sommeil ; ce sont deux plis cutanés sans ouvertures, sans traces de sourcils.

L'ouverture oculaire se trouve cachée par un appendice nasal, appendice que les tératologues désignent sous le nom de *trompe*. Cette trompe prend naissance au-dessus de l'ouverture en question, à 5 millimètres de celle-ci, et pend sur elle en la cachant complétement. Cette trompe est d'une mollesse analogue à celle d'un pis de vache ; on la fait mouvoir en tous sens ; elle n'a point de cartilage ; elle est cependant un peu plus ferme à son origine que dans le reste de sa longueur. Elle est pourvue d'un canal central et unique, lequel traverse cette trompe dans sa totalité. L'orifice de ce canal, qui répond aux narines, permet à peine l'introduction d'un mandrin de sonde. Cette trompe est longue de 2 centimètres 1/2 ; elle est un peu renflée à son extrémité libre comme l'est le bout en caoutchouc d'un biberon d'enfant. M. Billaudeau a cru reconnaître sur cette trompe des fibres musculaires placées dans le sens longitudinal.

L'auteur entre dans la description détaillée de ce monstre, qui lui semble devoir être rangé dans la classe que Buffon appelle *monstruosité par défaut*, et à laquelle Breschet a donné le nom de monstruosité par *agénésie* ou *diminution de la force formatrice*. Cette classe est dénommée par Geoffroy Saint-Hilaire famille des *Cyclocéphaliens*, et le genre auquel appartient le petit monstre est appelé par ce savant genre des *Rhinocéphales*. (Com. MM. Robin, Sappey, Vulpian.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le typhus. — La parole est à M. Briquet.

L'honorable orateur donne lecture de la première partie de sa réponse à MM. Chauffard et Fauvel. La première partie de ce discours se termine par les conclusions suivantes :

« Il existe deux espèces différentes de typhus ; les confondre conduit à la confusion. L'une est avec lésion des intestins, l'autre est exempte de cette lésion. La première est celle qu'ont vue et décrite tous les grands auteurs depuis quatre cents ans, et dont les épidémies ont été

extrêmement nombreuses. Elle est sans contredit la plus grave des deux. Elle a ses causes spéciales et sa manière d'être qui la différencient de l'autre espèce.

« Il y a tout avantage et aucun inconvénient de la réunir à la fièvre typhoïde, puisque ces deux états pathologiques n'ont rien qui les distingue et que leur traitement se fait sur les mêmes bases.

« C'est à l'emploi déplorable de termes mal définis qu'on doit la confusion des deux espèces de typhus. Cet état de choses appelle une modification dans la nomenclature des affections typhoïdes. »

(Dans la prochaine séance, M. Briquet lira la deuxième partie de son discours.)

M. Bouillaud fait observer à M. Briquet que la découverte des caractères anatomiques de la fièvre typhoïde ne date pas de 1828. Avant Louis, Rœderer et Wagler, Prost, Petit et Serres, enfin M. Bouillaud lui-même, en 1826, avaient appelé l'attention sur l'altération caractéristique de la maladie.

M. Fauvel fait remarquer que Louis, dans la première édition de son livre, avait confondu la fièvre typhoïde et le typhus, mais que dans sa deuxième édition, il avait commencé à émettre des doutes à cet égard, et que plus tard il avait fini par admettre la non-identité des deux maladies.

M. Chauffard dit que M. Briquet, en confondant le typhus avec la fièvre typhoïde, rappelle une doctrine surannée, aujourd'hui complétement jugée grâce aux progrès de la science. L'Académie ne doit pas rester plus longtemps sur une pareille question, qui n'en est plus une.

M. Briquet persiste dans ses conclusions.

— La séance est levée à cinq heures et un quart.

PRIX PROPOSÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1873.

Prix de l'Académie. — L'Académie pose la question suivante : « Faire l'histoire de la résection des os, dans leur continuité, à la suite de coups de feu (à l'exception des résections articulaires). »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — La question suivante est de nouveau mise au concours : « De l'état des os, notamment des vertèbres, dans le cancer des viscères. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question : « Des aliénations mentales transitoires qui surviennent dans le cours ou la convalescence des maladies aiguës. »

Ce prix sera de la valeur de 900 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Ce prix sera décerné au meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de la science obstétricale.

Il sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

La valeur de ce prix sera de 2,700 francs.

Prix fondé par M. le marquis d'Ourches. — Extrait du testament : « Je veux qu'il soit prélevé sur les valeurs de ma succession une somme de 25,000 francs, destinée, dans les conditions ci-après énoncées, à la fondation de deux prix, savoir :

« 1° Un prix de 20,000 francs pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle ; la condition expresse de ce prix est que le moyen puisse être mis en pratique, même par de pauvres villageois sans instruction.

« 2° Un prix de 5,000 francs pour la découverte d'un moyen de reconnaître, d'une manière certaine et indubitable, les signes de la mort réelle, à l'aide de l'électricité, du galvanisme,

ou de tout autre procédé exigeant, soit l'intervention d'un homme de l'art, soit l'application de connaissances, l'usage d'instruments ou l'emploi de substances qui ne sont pas à la portée de tout le monde.

« Les sommes destinées à ces prix feront retour à ma succession dans le cas où, pendant cinq ans, à dater du jour de l'acceptation, l'un ou l'autre des prix n'aurait pu être décerné. »

JOURNAL DES JOURNAUX

Spasmo del collo della vescica (Spasme du col de la vessie, guéri par la cystotomie), par le docteur PARONA, chirurgien du Grand-Hôpital de Novare. — Deux nouveaux faits cliniques témoignant de la difficulté du diagnostic, de l'inefficacité des moyens palliatifs de toute sorte : sangsues, vésicatoires, injections hypodermiques morphinées, belladone, bromure de potassium, etc., etc., et de l'action certaine de l'incision du col. L'auteur donne la préférence à la cystotomie sur les scarifications intra-uréthrales d'après la comparaison de ses deux observations et celles des chirurgiens célèbres, italiens, anglais et français qui, en taillant les malades, croyant trouver un calcul, ont guéri le spasme vésical par cette opération (*Rivist. clin. di Bologna*, avril).

Ce mémoire est utile à consulter pour ceux qui voudront entreprendre une monographie sur ce sujet intéressant pour vulgariser le diagnostic si difficile de cette névrose, et l'opération qui, seule, peut en obtenir sûrement la guérison. — P. G.

Fistule vésico-vaginale ; opération de nécessité, par le docteur KIDD. — Trouvant l'urèthre, le col et le bas-fond de la vessie entièrement détruits chez une femme rachitique, à la suite d'accouchements laborieux avec hernie du fond de la vessie, dans l'ouverture s'étendant jusqu'à la partie antérieure de l'urèthre, l'auteur, à défaut de tissus pour créer un nouveau canal artificiel, tenta l'occlusion complète du vagin, sauf une petite ouverture antérieurement, Pelant la muqueuse des lèvres et de la paroi postérieure du vagin, et disséquant aussi haut que possible afin d'empêcher la formation d'un cul-de-sac, il réséqua les caroncules et plaça une sonde n° 10 étroitement fixée sous le pubis, en mettant les parties avivées en contact immédiat par quatre sutures profondes, et d'autres sutures métalliques superficielles comme dans la rupture du périnée. L'obturateur de M. Trélat fut alors appliqué sur l'urèthre artificiel qui permit à la femme de retenir parfaitement ses urines dans toutes les positions. Elle avait perdu son sexe, il est vrai, mais elle était débarrassée d'une dégoûtante infirmité (*Dublin med. Journ.*, avril). — P. G.

Signe physique de la perforation intestinale, par le docteur SPIAGGIA. — C'est un son entendu à l'auscultation, un pouce environ au-dessous de l'ombilic, chez une femme de 25 ans, morte de perforation intestinale à l'hôpital civil de Palerme. L'autopsie révéla, en effet, trois perforations, distantes l'une de l'autre, du petit intestin.

Le son entendu était synchrone avec l'inspiration et l'expiration, mais plus distinct pendant la première que pendant la seconde. Il ressemblait au bruit respiratoire entendu sur les côtés de la colonne vertébrale dans la région dorsale supérieure. L'auteur l'attribue au passage des gaz de l'intestin dans le péritoine et réciproquement, et conclut que ce murmure synchrone aux mouvements respiratoires est un signe diagnostique de la perforation intestinale, mais sans que son absence puisse en rien diminuer la valeur des autres signes. Il peut manquer, en effet, si la perforation est très-petite, ou si l'anse intestinale où elle existe est très-profondément située, qu'une tumeur où une anse d'intestin la recouvre, etc. (*Gazz. clinica dello Sp. di Palermo*, février.)

Ces conclusions sont évidemment prématurées en n'étant appuyées que sur un fait. Mais il suffit pour attirer l'attention des observateurs. — P. G.

Éphémérides Médicales. — 3 JUILLET 1692.

Un vendeur de vin et sa femme sont égorgés à Lyon, dans une cave. Jacques Aymar est appelé, armé de sa baguette divinatoire, pour découvrir les assassins. Aussitôt, il se met en courses ; il suit les rues où l'assassin avait passé, franchit le pont du Rhône, sort de la ville, va au camp des Sablons, atteint Beaucaire, et déclare que dans la prison de cette ville se trouve un des assassins. On fait pénétrer Aymar dans cette prison : un bossu se présente ; aussitôt la baguette tourne avec délire ; un des coupables est trouvé. Aymar poursuit sa course vagabonde ; il arrive jusqu'à Toulon... les autres assassins s'y étaient embarqués... Le bossu fut bel et bien exécuté le 30 août 1692. — A. Ch.

COURRIER

LA SEPTICÉMIE. — Nous recevons la lettre suivante, que nous nous empressons de publier :

Tours, 29 juin 1873.

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans votre numéro du 28 juin, vous signalez à l'attention du public médical un travail du professeur Stricker, de Vienne, sur la septicémie. L'auteur a reconnu que, dans le sang des animaux septicémisés, il n'existait pas de bactéries.

J'appelle votre attention à ce propos sur une brochure que j'ai publiée au mois de mars 1873, dans laquelle, relatant des expériences de septicémie, j'ai établi précisément que cette affection peut exister sans la présence des infiniment petits dans le sang.

Je ne fais pas ici une réclamation de priorité sur ce sujet, mais je tiens à faire constater *qu'en France* le fait a été signalé, ainsi que vous pourrez le constater en vous reportant à la page 88 de la brochure que j'ai l'honneur de vous envoyer.

Recevez, Monsieur le rédacteur, l'assurance de mon respect.

Dr PICOT,

Professeur suppléant à l'École de médecine.

L'*Invalide russe* donne les renseignements suivants sur l'organisation du service médical du détachement du Turkestan :

Il résulte des rapports transmis à la direction centrale du service de santé par l'inspecteur de santé de la circonscription militaire du Turkestan, relativement au détachement du Turkestan qui fait la campagne de Khiva, que : 1° la colonne de Djisak possède 9 médecins, 1 vétérinaire, 1 pharmacien et 18 soldats infirmiers; et la colonne de Kasalinsk, 5 médecins et 11 infirmiers. Par conséquent, le détachement du Turkestan possède en tout 14 médecins, 1 vétérinaire, 1 pharmacien et 29 infirmiers, qui se trouvent à la disposition du docteur Souvorow, qui remplit les fonctions de médecin principal; 2° à chacune des colonnes se trouvent attachées des ambulances de campagne pourvues chacune des accessoires nécessaires pour 135 malades, d'instruments de chirurgie et d'une provision de médicaments, l'ambulance de la colonne de Kasalinsk pour une période de quatre mois et celle de la colonne de Djisak pour une période de huit mois et pour 160 malades. Indépendamment de cela, les troupes sont pourvues de médicaments et d'instruments de chirurgie conformément au règlement général, et l'ambulance de la colonne de Djisak possède des objets de médecine pour 1,000 malades et pour six mois; 3° en vue du transport des malades et des blessés sur des chameaux, on a construit des espèces de cacolets, dont deux peuvent tenir sur un chameau; 4° la direction de la circonscription sanitaire militaire a fait parvenir à l'ambulance de la colonne de Djisak 5,000 portions d'extrait de viande de Liebig, du linge, des objets de pansement et une livre de sulfate de quinine offerte par le comité des dames de la Société de secours; 5° la section du Turkestan de la Société de la Croix-Rouge a fait don aux ambulances des colonnes d'une tente en toile doublée de drap, à 20 places, avec lits, cacolets, trois assortiments de linge, de vêtements et de chaussures pour 20 malades, en adjoignant deux gardiens et une personne chargée de la conservation des effets et des soins à donner aux malades. De plus, un nombre suffisant de chameaux a été loué pour transporter ces effets pendant toute la durée de l'expédition, et il a été fourni un grand approvisionnement de lait condensé, de vin, de thé, de sucre, de café, de tablettes de bouillon, etc.

En outre, sur la proposition de la Société générale de la Croix-Rouge, un des membres de la section du Turkestan s'est chargé de surveiller le service d'approvisionnement des malades de tous les objets dont la Société pourrait disposer. A l'arrivée de la colonne de Djisak dans le bourg de Tamdy, on se proposait d'organiser une ambulance temporaire pour 30 malades.

En ce qui concerne l'état sanitaire du détachement du Turkestan pendant sa marche vers Khiva, voici les renseignements reçus à ce sujet :

La colonne de Djisak avait parcouru vers la fin de mars environ 500 verstes, et pendant presque tous le trajet, elle avait eu à souffrir des pluies, de la neige et des froids, qui atteignaient parfois 6 degrés; toutefois l'état sanitaire des troupes, grâce à la bonne nourriture (chaque homme recevait une livre de viande par jour) et à la substitution du thé à l'eau-de-vie, était resté parfait.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

PATHOLOGIE UTÉRINE

Dans la partie de mes *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, où je traite du cancer de l'utérus, partie que l'UNION MÉDICALE a reproduite dans ses nos 42 et 44 (1873), je fais allusion à un fait d'expulsion spontanée de la totalité de l'utérus, qui, au dire d'Aran, aurait été observé par Estèvenet. Cette observation curieuse, que je n'avais pu retrouver, a été publiée dans le *Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse* (tome VIII, 1844-1845). Elle vient de m'être communiquée par M. le docteur Lafforgue, et je prie l'UNION MÉDICALE de lui donner une publicité digne de son importance.

T. GALLARD.

EXPULSION SPONTANÉE, PENDANT LA VIE, DU CORPS DE LA MATRICE (1);

Par M. MARTIN, docteur médecin.

La femme R..., âgée de 35 ans, d'une constitution nerveuse, a joui toute sa vie d'une bonne santé. Elle devint enceinte une seule fois, et accoucha très-heureusement d'une fille qui a aujourd'hui 16 ans. Sans avoir mené une vie très-déréglée, elle avait cependant abusé du coït. A 32 ans, les règles devinrent irrégulières; elles parurent à des époques peu fixes, et furent plus abondantes. Quelques douleurs se manifestèrent de temps en temps du côté de la matrice. Le coït était douloureux et provoquait des pertes rouges.

Il y a un an environ, tous les symptômes ayant pris plus d'intensité, la malade consulta successivement plusieurs médecins; mais ne pouvant prendre sur elle de se soumettre à certaines privations, elle négligea complétement les conseils qui lui furent donnés.

Je fus appelé pour la première fois, au mois de novembre 1843. Par le toucher et par l'introduction du spéculum, il me fut facile de constater une affection grave du col de la matrice. Les désordres que je constatai n'étant pas en rapport avec le peu de soins que la malade avait donnés à sa santé et avec l'espèce de quiétude dans laquelle elle vivait, je demandai une consultation. M. Viguerie fut convoqué pour le lendemain; et il constata, comme moi, une ulcération déjà très-avancée de la paroi interne du col de l'utérus. Le doigt porté entre les lèvres s'introduisait facilement jusque dans la cavité de cet organe : le diagnostic était simple; le pronostic fut des plus graves.

Les divers traitements employés n'amenèrent aucune modification dans l'état de la malade; la maladie fit, au contraire, des progrès rapides : des hémorrhagies graves eurent lieu; les

(1) Extrait du *Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse*, tome VIII.

FEUILLETON

CAUSERIES

Je la trouve mauvaise, très-mauvaise, l'unique raison invoquée par M. Wurtz pour évincer Toulouse du nombre des villes où une Faculté de médecine pourrait être créée. Le savant doyen de notre Faculté parisienne a été mal inspiré, et il a fait prendre au Conseil supérieur de l'instruction publique une délibération injuste, on peut même dire tant soit peu singulière. Il convient d'éliminer Toulouse, a dit ce Conseil, parce que cette ville se trouve dans la circonscription de Montpellier. Circonscription, qu'est-ce que cela veut dire? Si c'est la distance, Lyon est tout aussi rapproché de Montpellier que Toulouse. Si c'est le ressort universitaire, Bordeaux est tout aussi bien que Toulouse du ressort médical de Montpellier. Ce motif n'a donc aucune espèce de valeur, et l'on pourrait aussi bien l'invoquer contre Lyon et Bordeaux que contre Toulouse.

Ce que l'on ne saurait invoquer que pour Toulouse, c'est que cette ville, depuis des siècles, est un centre scientifique et littéraire qui n'a eu d'égal dans aucune autre ville et qui n'a eu de supérieur que Paris. Traditionnellement, Toulouse a été, est et sera longtemps encore la capitale intellectuelle du Midi. On ne peut méconnaître ce fait, on ne déplace pas à volonté ces royautés consacrées par le temps, on ne refait pas par un article de loi ce qui est le résultat de la topographie. A l'est et à l'ouest du Midi de la France se trouvent les mers qui baignent les côtes de ce beau pays. Marseille, reine de la Méditerranée; Bordeaux, qui partage avec Nantes et le Havre son empire sur l'Océan, sont et resteront des cités essentiellement com-

pertes blanches, mêlées de détritus, étaient très-abondantes ; des douleurs aiguës, lancinantes, tourmentèrent incessamment la malade ; ces douleurs furent toujours plus violentes à droite, à la fosse iliaque.

MM. Rolland et Tellier, qui furent appelés à des époques différentes auprès de la femme R..., purent constater les lésions et les progrès de la maladie.

Au mois d'avril, les pertes rouges avaient cessé. La malade suivit, à mon insu, un traitement par un lait médical. Il se manifesta une diarrhée très-intense et des pertes blanches plus abondantes ; le ventre se ballonna à diverses reprises, devint très-douloureux et sensible à la moindre pression. Il fut très-difficile d'arrêter la diarrhée, et la malade dépérissait à vue d'œil.

Le 12 juin, la femme R..., prise d'un besoin violent d'aller à la selle, s'assit sur le vase de nuit. Après des efforts prolongés, elle sentit un corps se détacher, franchir la vulve et tomber dans le vase. Ce corps fut conservé ; quelques débris membraneux, qui l'avaient accompagné, furent jetés avec l'urine : il n'y eut aucune trace de sang.

A ma visite du 13, la malade me dit qu'elle avait beaucoup souffert la veille, qu'elle avait accouché. L'on me présenta le corps qui avait été expulsé : son aspect me frappa ; je l'emportai chez moi pour mieux l'étudier plus à l'aise, et dissiper les doutes qui naquirent dans mon esprit. Du reste, la malade était assez tranquille, quoiqu'elle accusât quelques douleurs abdominales et un grand état de faiblesse. Craignant de provoquer une hémorrhagie, je renvoyai le toucher à un autre moment.

A l'examen, j'acquis la conviction que le corps qui avait été expulsé n'était autre que le corps de la matrice. Le docteur Estèvenet, à qui je le soumis le même jour, partagea ma conviction. Le 15, je fus admis à présenter la pièce anatomique à la Société de médecine de Toulouse.

Le 16, le docteur Estèvenet et moi allâmes visiter la malade. Elle avait été assez calme depuis le 12 ; il n'y avait pas eu la moindre perte rouge ; les pertes blanches, au contraire, au dire de la malade, étaient plus abondantes ; elles l'incommodaient beaucoup, occasionnaient, par leur passage continuel, un sentiment de brûlure dans toutes les parties avec lesquelles elles étaient en contact. Elle nous dit que les pertes étaient si abondantes que, lorsqu'elle voulait prendre la position verticale, elles s'échappaient à flots. Nous la fîmes lever devant nous, et à peine fut-elle sur le vase, qu'il s'échappa un flot de liquide que nous reconnûmes être de l'urine très-ammoniacale. Nous pensâmes dès ce moment qu'il existait quelque fistule vésico-vaginale qui permettait à l'urine de s'écouler par le vagin.

Dans la même visite, nous pratiquâmes le toucher. A la place occupée précédemment par la matrice, nous trouvâmes un espace vaste et libre, dans lequel notre doigt se promenait dans tous les sens, sans rencontrer d'obstacle. La malade se trouvant fatiguée à la suite de cette opération, et la membrane muqueuse se trouvant fortement emflammée, nous ne pûmes introduire le spéculum. L'état de la malade fut assez satisfaisant jusqu'au 20. Ce jour-là, vers midi, sans nouvelle cause appréciable, les douleurs du ventre s'exaspérèrent à un point

---

merçantes, des ports ouverts aux peuples et aux produits de toutes les nations, grands caravensérails où arrivent et d'où partent tout ce que la terre produit, tout ce que fabrique l'industrie humaine, où le génie du trafic et des transactions peut se développer et suffire à l'activité intellectuelle de leurs habitants.

Placée entre ces deux foyers d'activité commerciale et industrielle, Toulouse est restée de tout temps la cité paisible et recueillie, sacrifiant peu aux préoccupations du négoce et s'abandonnant avec amour au culte des lettres, des sciences et des beaux-arts. Son Université, l'une des plus anciennes, était aussi l'une des plus célèbres de l'ancien ordre de choses ; son École de droit n'avait pas de rivale ; sa Faculté de médecine occupait un rang honorable à côté de Montpellier ; son Académie des jeux floraux, la plus ancienne Académie du monde, entretenait chez elle et au loin l'art de bien penser, de bien dire et de bien écrire. Sous le régime actuel, Toulouse a conservé sa prééminence scientifique et littéraire ; elle possède toutes les Facultés moins la Faculté de médecine ; mais son École préparatoire est l'une des plus fréquentées et qui compte le plus d'élèves. Évidemment il ne faut penser à créer un enseignement supérieur de la médecine que dans les villes qui sont déjà pourvues d'un enseignement supérieur scientifique et littéraire. Toulouse étant dotée de cet enseignement, et, de plus, d'une Faculté de droit qui a conservé sa célébrité, me semble donc, contrairement à l'opinion de M. Wurtz et du Conseil supérieur de l'instruction publique, admirablement située pour y fonder un enseignement supérieur de la médecine.

Je me tiens et pour cause à ces expressions : Institutions d'enseignement supérieur de la médecine, et je refuse, contrairement à M. Wurtz et au Conseil supérieur, d'employer ces mots : Faculté de médecine. Ce mot Faculté entraîne avec lui l'idée de collation de grades, de délivrance de diplômes et de droit d'exercice. Je serais un peu effrayé, je l'avoue, de voir

extrême ; une péritonite aiguë se déclara, la maladie fit des progrès rapides, effrayants, et la mort survint le 23 au matin.

MM. Rolland et Duclos eurent la complaisance de visiter la malade le 20, et purent pratiquer le toucher.

Le 24 au matin, et 24 heures après la mort, nous fîmes l'autopsie, MM. Faurès, Estèvenet et moi, en présence de MM. Ducasse et Rolland.

A l'ouverture de la cavité abdominale, nous trouvâmes tous les désordres qu'entraîne la péritonite aiguë : matière séro-purulente en grande quantité, adhérence des parois abdominales avec l'épiploon, adhérences des intestins entre eux. La cavité du petit bassin était remplie de pus ; tous les organes renfermés dans cette cavité avaient contracté entre eux des adhérences déjà anciennes. L'épiploon épaissi, dégénéré, formait un large pli qui, dans sa partie inférieure, adhérait à la partie postérieure de la vessie, et semblait maintenir en place les viscères abdominaux. Un vide très-grand existait à la place où aurait dû se trouver la matrice, et il ne restait pas vestige de cet organe. Les ligaments larges et ronds étaient détruits des deux côtés ; les ovaires existaient, mais malades, l'un augmenté de volume l'autre presque atrophié ; enfin, il existait dans toutes ces parties des désordres et une confusion extrême. En général, le travail de désorganisation était plus marqué à droite qu'à gauche.

Il me serait difficile de décrire d'une manière plus détaillée les lésions organiques qui existaient sur le cadavre ; à l'autopsie, cela nous ayant paru de toute impossibilité, nous nous décidâmes à enlever toute les parties nécessaires pour établir parfaitement les rapports des divers organes. La pièce anatomique fut préparée en partie plus tard.

En examinant la vessie, nous pûmes nous rendre compte du phénomène observé pendant les derniers jours de la vie de la femme R... J'ai dit plus haut que les urines s'écoulaient, tantôt par le canal de l'urèthre, tantôt, au contraire, involontairement, à flots et par le vagin. Ayant insufflé la vessie, nous constatâmes qu'il n'existait aucune destruction des parois de cet organe ; ayant recherché les uretères, le gauche fut trouvé intact ; le droit, au contraire, était détruit. L'urine, qui arrivait par l'urèthre détruit, s'accumulait dans le cloaque formé par le vide laissé par la matrice, et s'échappait tout d'un coup par le vagin lorsque la malade prenait la position verticale.

La péritonite, qui est devenue promptement mortelle, a été évidemment le résultat du contact prolongé de l'urine avec la partie du péritoine qui tapissait les organes contenus dans le petit bassin.

Cette femme aurait-elle pu vivre si la péritonite n'était survenue ?

Cette question serait difficile à résoudre ; cependant, si l'on admettait l'absence de lésions du côté des uretères, je crois qu'il serait possible de la résoudre affirmativement. Les désordres graves qui existaient ne peuvent être attribués à l'affection

---

cinq à six Facultés de médecine nouvelles pouvant donner le diplôme et le droit d'exercice. La création de ces Facultés aurait pour conséquence inévitable une augmentation très-sensible et progressive du nombre des médecins. Que ferait-on, mon Dieu ! de tous ces médecins ? C'est une bien grosse question que l'Assemblée nationale a à résoudre ; il faut espérer qu'elle en verra toute l'étendue et la connexité étroite qui lie les questions d'enseignement aux questions d'exercice.

A mon humble avis, on pourrait, je crois, simplifier beaucoup les choses, en ce qui concerne l'enseignement, en décrétant :

1° La conservation des trois Facultés de médecine actuellement existantes ;

2° La fondation d'écoles, d'institutions, de colléges de médecine, partout où les municipalités pourraient en faire les frais ;

3° L'institution d'un ou de plusieurs jurys d'État devant lesquels devraient se présenter tous les candidats au grade de docteur, aussi bien ceux des Facultés officielles que ceux des écoles libres.

On donnerait ainsi satisfaction : 1° aux aspirations vers la liberté de l'enseignement supérieur, liberté dont il sera d'ailleurs impossible d'éviter de faire l'essai ; 2° à ceux qui, avec plus de raison encore, veulent conserver à l'État le droit de collation des grades ; et 3° à ceux qui veulent soustraire les épreuves et les examens à l'influence des corps enseignants.

La Presse n'a pas fait à l'occasion de la séance annuelle de l'Académie plus de bruit que l'Académie elle-même. L'Académie ne s'est pas suffisamment prise au sérieux, a-t-on dit de tous côtés, pas n'est besoin que nous ne nous montrions plus sérieux qu'elle. Cette séance a été dépourvue de toute espèce d'éclat et de mise en scène. C'est à tort, selon moi. Les institutions ne conservent que difficilement leur prestige, surtout à notre époque démocratique et

cancéreuse; nous n'en n'avons trouvé de traces nulle part; elle ne serait admissible que pour le col de l'utérus entièrement détruit. La destruction des ligaments larges et ronds, la maladie des ovaires, etc., étaient le résultat de diverses inflammations qui s'étaient manifestées, à diverses reprises, pendant tout le cours de la maladie.

Malgré toutes mes recherches et celles qu'ont bien voulu faire pour moi quelques confrères obligeants, il m'a été impossible de trouver dans les auteurs ou dans les recueils périodiques aucun fait semblable à celui-ci. Il est bien question, dans le tome XXXI du *Dictionnaire des sciences médicales*, page 219, d'un fait rapporté par M. Roussel, de prolapsus de l'utérus avec renversement de cet organe et destruction du pédicule de la tumeur par excès d'inflammation gangréneuse; mais cette observation, qui d'ailleurs diffère sensiblement de la mienne, n'est pas parfaitement authentique.

Il reste acquis pour moi, jusqu'à preuve contraire, que l'observation que je viens de rapporter, d'expulsion spontanée du corps de la matrice, est la seule que possède la science.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDES GÉNÉRALES ET PRATIQUES SUR LA PHTHISIE; par M. Pidoux.

Paris, 1873. Asselin, éditeur.

« C'est à cet ouvrage que la Faculté de médecine de Paris a décerné le prix de dix mille francs, sur la phthisie, fondé par M. le docteur Lacaze. » Voilà déjà pour nous bien des motifs d'arrêter notre attention sur ce livre. Son objet est la phthisie, la maladie terrible qui a justement acquis la triste réputation que l'on sait, un écueil pour notre civilisation, une menace pour notre espèce. Son auteur est M. Pidoux, membre de notre Académie de médecine, médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, un de ceux qui n'ont cessé de tenir haute et ferme la bannière de la tradition spiritualiste sur le terrain de l'observation et de la doctrine.

Enfin ce travail, avant que le public ait pu lui témoigner l'accueil empressé qu'il lui réserve et qu'il mérite, l'Académie l'a honoré d'une distinction spéciale, en lui attribuant le prix Lacaze. Le fait est que si ce n'est pas là un traité, c'est du moins, comme nous le dit l'auteur, une suite d'études sur la phthisie, et d'études entreprises par un des esprits les plus distingués, par un des maîtres les plus compétents que l'on puisse rencontrer en dehors de l'enseignement officiel.

C'est une contribution et une large contribution à la phthisiologie, car il y a une phthisio-

---

démagogique, qu'à force de soins et d'attentions. Les conditions extérieures jouent un rôle plus important dans les affaires de ce monde que ne le croient les sceptiques et les indifférents. Il faut en toutes choses un peu de poésie.

Et, sous ce rapport, Paris aurait besoin de prendre quelques leçons de cette ville de Toulouse dont je parlais tout à l'heure, et où toutes les cérémonies scolastiques et académiques sont des fêtes véritables empruntant leur éclat au beau soleil occitanien, aux sons harmonieux de la musique et au parfum des fleurs.

Croirait-on que, des trois lectures faites dans cette séance dite solennelle, le *Bulletin* n'en a pas reproduit une seule? Nous voulions lire le beau discours de M. Barth et en placer quelques fragments sous les yeux de nos lecteurs; impossible! ce discours, dit le *Bulletin*, sera placé en tête du volume de ce recueil pour 1873.

C'est bizarre!

Dr Simplice.

Exercice illégal de la pharmacie et de la médecine. — Le nommé Lambert a été condamné par le tribunal correctionnel de Clermont (Oise) à 50 francs d'amende pour exercice illégal de la pharmacie et à 10 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine, et aux dépens. N'est-il pas bizarre que, d'après nos lois, l'exercice illégal de la pharmacie soit frappé de peines plus sévères que l'exercice de la médecine? Ne serait-ce pas parce que l'empoisonnement par le médicament indûment délivré paraît plus direct et plus évident que par le médicament indûment prescrit? — J. J.

logie, nous dit M. Pidoux dans sa préface, et il faut avouer que son livre en est la meilleuer preuve; c'est une étude à laquelle le médecin sans doute, mais encore le moraliste, le prêtre, l'économiste ne sauraient rester étrangers, dont l'État et la société ne peuvent plus ne pas tenir compte. M. Pidoux le croit, et c'est pour cela qu'il a fait son livre : *Credidi, propter quod locutus sum*. Telle est son épigraphe.

La première partie a trait à l'anatomie pathologique de la phthisie. Ce n'est pas une petite besogne à entreprendre aujourd'hui que de chercher à mettre l'ordre et la lumière dans toutes les données que l'analyse micrographique a ajoutées à ce sujet, à ce que l'immortel Laënnec avait déjà si bien observé à l'œil nu. Commençant par un chapitre d'anatomie pathologique générale, nous trouvons d'abord une étude comparative du pus, du tubercule et des productions dites caséeuses. Il y a un attrait tout spécial à voir ces lésions étudiées de près par un homme que son amour de l'observation analytique n'a pas privé de tout esprit de synthèse, et que son goût bien avoué pour la synthèse n'a pas rendu incapable d'une prudente et minutieuse observation.

Il appelle pyoïdes le tubercule proprement dit et la matière caséiforme; le pus s'en distingue, dit-il, par son caractère pour ainsi dire hématoïde et son analogie avec les globules blancs du sang; il s'en distingue parce qu'il est moins nécrobiotique (pour me servir d'une expression trop usitée), et qu'il a moins de tendance à descendre dans l'échelle de l'organisation, au lieu que le tubercule et la matière caséeuse semblent pouvoir s'abaisser jusqu'à la sphère inorganique elle-même.

Il refuse au tubercule la qualité de *tumeur*, parce que ce néoplasme est trop peu organisé, que sa vie n'a aucune indépendance relativement au milieu qui le renferme. De là vient qu'il provoque autour de lui plus de processus vasculaires et de réactions inflammatoires; parce que c'est un parasite qui ne vit qu'au moyen de ces mouvements physiologiques provoqués dans le milieu qu'il habite.

Quant à sa structure, l'histologie nous apprend que c'est une production lymphoïde, une cellule embryonnaire immédiatement arrêtée dans son développement; puis atrophiée et comme mort-née, selon l'expression de Virchow.

La matière caséeuse serait, dans cette échelle, placée entre le pus et le tubercule, un produit, en un mot, de l'inflammation tuberculeuse.

Sur le terrain de l'anatomie pathologique cependant, M. Pidoux n'est pas dualiste; il combat déjà sur ce point l'opinion de M. de Niemeyer et des Allemands : « La granulation tuberculeuse et la matière caséeuse, dit-il, sont des formes diverses ou plutôt des états divers d'une même production morbide, et elles caractérisent toutes deux histologiquement la phthisie tuberculeuse des poumons avec des différences particulières que nous retrouverons dans l'étiologie, la marche et le pronostic de la maladie. Ce sont donc deux variétés et non deux espèces. »

En arrachant le tubercule et ses dérivés au groupe des tumeurs pour les faire rentrer dans les produits pyoïdes, M. Pidoux ne se dissimule pas quelle importance l'irritation va reprendre dans leur pathogénie. Aussi revient-il à plusieurs reprises sur la condamnation qu'il n'hésite pas à prononcer contre l'opinion de Laënnec. Il l'accuse d'avoir créé dans sa phthisiologie un parasitisme spécifique qu'aucune pathogénie ne peut expliquer, qu'aucune thérapeutique ne peut combattre. On ne saurait, en effet, se dissimuler que les progrès merveilleux accomplis par ce grand homme dans l'anatomie pathologique et la séméiologie de la phthisie sont demeurés peu féconds, et que l'idée broussaisienne de l'irritation initiale reste plus satisfaisante pour le savant et plus consolante pour le médecin.

Dans l'anatomie pathologique spéciale de la phthisie, M. Pidoux relève notamment ces deux faits : le siége d'élection du tubercule dans le sommet des poumons; ce qu'il rattache à l'évolution embryonnaire de ces organes, dont les sommets apparaissent avant les bases. Il relève, en second lieu, l'irritation nutritive, souvent même vasculaire, qui préside à la naissance et à l'évolution du tubercule. L'hémorrhagie peut-elle être, comme l'inflammation, l'occasion de ce processus? C'est l'opinion que Baron avait émise, que Luys a soutenue, que Niemeyer a rajeunie; M. Pidoux ne la rejette pas absolument, bien qu'il donne de nombreuses raisons de n'y pas croire.

Un paragraphe est consacré à l'anatomie pathologique de la phthisie aiguë, dans sa forme asphyxique ou apyrétique et dans sa forme fébrile ou typhoïde : la première présentant des poumons encombrés de granulations; la seconde laissant une plus large part à l'élément caséeux et inflammatoire.

Ces deux lésions d'ailleurs, qu'elles soient aiguës ou chroniques, M. Pidoux les regarde pour ainsi dire toutes deux comme des irritations spécifiques : l'une épithéliale et muqueuse, l'autre plasmatique et celluleuse; de sorte qu'en conservant l'unité de nature entre elles, il

trouverait à les distinguer par le siége anatomique élémentaire, plus encore que par leurs caractères propres.

Je me propose de revenir sur ces points de vue dans une étude comparative que j'ai l'intention de faire ici, sur les récents et nombreux travaux dont ce sujet a été l'objet.

Dans la deuxième partie, qui a trait à la clinique et à la pathologie générale de la phthisie, M. Pidoux élargit le domaine scientifique de toute la partie que comporte un esprit qui sait s'élever sans perdre pied et se sent capable de regarder de haut sans s'étourdir. La phthisie, dit-il, accuse une dégradation intime, essentielle et primitive de la nutrition. Intime, car c'est l'appareil lymphatique, et surtout le tissu conjonctif ou plasmatique, base de cet appareil et organe immédiat de la nutrition, qui est le siége propre de la granulation tuberculeuse. Cette conception du tissu plasmatique, dans laquelle se rencontrent les noms de Bordeu, de Bichat et de Virchow, est une de celles qui jettent un jour aussi heureux sur l'anatomie que sur la pathologie. Ce tissu, source de la lymphe, qui est elle-même « la base du liquide nutritif général ou du sang, » est pour ainsi dire l'homologue histologique du tubercule, mais il semble bien résulter d'une débilité et d'une dégradation extrêmes de la nutrition de ce tissu. Il ne faut plus, pour le concevoir en entier, que comprendre l'occasion qui y donne lieu, c'est-à-dire « une cause ou un principe d'irritation plus ou moins actif ou plus ou moins persistant. » Et cette cause elle-même, à la rigueur, on pourrait s'en passer, car M. Pidoux nous le rappelle : une imminence morbide fortement accentuée peut arriver au point de produire ses effets spéciaux spontanément et sans cause occasionnelle expresse. Mais c'est toujours l'irritation, selon notre auteur, et lorsque va éclore l'acte morbide, l'irritation peut encore se comprendre par ce que Hunter a nommé le *stimulus d'imperfection*, sorte de réaction de la conscience vitale contre l'état de faiblesse ou d'inaptitude d'une ou plusieurs de ses parties.

Une preuve de ce peu de spécificité et de l'origine irritative de ce mal, serait la latitude illimitée de son étiologie; c'est un champ qui n'a pour ainsi dire pas de limites et qui réunit tous les contrastes. Sans doute la phthisie nait souvent d'une diathèse, mais c'est aussi une maladie banale que beaucoup de diathèses différentes peuvent provoquer et qui peut naître indépendamment de toute diathèse.

M. Pidoux a une façon particulière d'entendre l'hérédité de la phthisie. Sans doute la diathèse tuberculeuse est elle-même susceptible de se transmettre par hérédité, d'autant qu'elle ne peut dégénérer en se transmettant, puisqu'elle est elle-même d'un type des plus dégradés parmi les misérables; mais il n'en est pas de même des autres maladies constitutionnelles, et l'on pourrait voir souvent l'arthritisme, l'herpétisme, la scrofule et même la syphilis aboutir à la phthisie par hérédité, et se transformer en se transmettant. C'est une idée ingénieuse que M. Pidoux a souvent formulée dans ses travaux, qu'il a heureusement développée dans ce livre, et qui, il faut l'avouer, séduisante par elle-même, explique un grand nombre de faits d'une façon satisfaisante, encore bien qu'il soit difficile de donner à l'appui des preuves bien directement positives.

Un vaste chapitre est ici consacré à l'étude de l'inflammation tuberculeuse; la pathogénie des formes aiguës de la phthisie y est examinée à fond. Cette acuité se lie : 1° à l'absence de toute affection antagoniste; 2° au caractère primitivement inflammatoire et fébrile que revêt l'éruption tuberculeuse; 3° à sa généralisation et à son abondance.

M. Pidoux se sépare nettement de Virchow et d'Empis pour ce qui est de la granulie ; il décrit les formes larvées, et il s'étend sur les formes typhoïdes, au sujet desquelles il fait cette réflexion qui peut étonner sous sa plume : « Quand on connaît l'histoire des fièvres et le grand fait de leur centralisation abdominale, on doit être peu surpris de l'influence que peut exercer sur la forme pyrexique et typhoïde des phthisies aiguës, la participation inflammatoire qu'y prend primitivement la membrane muqueuse des organes digestifs. » Et, à l'exemple de Thirial qu'il cite à ce sujet, notre auteur incline à faire de quelques-unes de ces formes exceptionnelles de véritables pyrexies tuberculeuses.

Sans aller plus loin, toutefois, nous lui demanderons s'il n'a pas simplement déplacé la localisation, et si plus d'un localisateur ne relèvera pas dans ce passage un aveu capable d'ébranler toute la pyrétologie.

Posant ensuite les bases d'une classification des phlegmasies, d'après les caractères plus ou moins réparateurs ou plus ou moins destructifs de leurs produits, M. Pidoux nous montre au haut de l'échelle, la lymphe plastique et le pus louable; puis viennent les productions pyoïdes, la matière caséeuse, et, tout à fait en bas, la granulation tuberculeuse. Suit une comparaison des tuberculoses plus ou moins inflammatoires, avec les suppurations qui peuvent être aussi plus ou moins inflammatoires. Les phthisies les plus inflammatoires étant généralement celles qui sont accidentelles et acquises, celles qui le sont le moins, étant surtout les formes constitutionnelles.

En rapport avec ces distinctions, on trouverait encore que la phthisie constitutionnelle a pour expression anatomique la granulation plasmatique ou tubercule proprement dit, tandis qu'à la phthisie accidentelle appartiendrait plus spécialement la lésion muco-caséeuse. Sans doute la phthisie aiguë est bien souvent une phthisie granuleuse, et cela paraît être une objection, mais M. Pidoux ne s'y arrête pas, peut-être même pas assez pour ne laisser à son lecteur quelque arrière-pensée.

Dans ce chapitre délicat de texture et remarquablement conçu, on sent un peu trop la préoccupation qu'a l'auteur de fondre ensemble ces deux éléments : la tuberculose et l'inflammation; si bien que les contours de l'un et de l'autre se noient dans une unité fort artistement obtenue, mais qui ne satisfera, je le crains, ni les partisans de la spécificité, ni ceux de l'inflammation commune.

Du reste, M. Pidoux n'hésite pas à fausser compagnie à ceux-là; cette échelle de phthisies inflammatoires et d'inflammations tuberculeuses condamne la spécificité de la phthisie; reste à savoir si, comme il le croit, elle établit suffisamment son unité.

Vient le chapitre des maladies antagonistes de la phthisie; nouvelle échelle pathologique, dans laquelle l'arthritis tiendrait le premier rang. L'herpétisme viendrait ensuite, c'est-à-dire cet état constitutionnel déjà morbide, dans lequel se manifestent beaucoup de névroses, de flux et même de phlegmasies chroniques et de viscéralgies.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter sur l'étendue si large attribuée par M. Pidoux à l'herpétisme. La scrofule ne lui paraît pas devoir être éloignée beaucoup de ce cadre; la syphilis, l'alcoolisme, l'impaludisme, la chlorose et le cancer seraient au bas de l'échelle. Mais s'il y a réellement incompatibilité entre ces diverses affections et la phthisie, c'est moins un antagonisme de nature qu'une incompatibilité de forme et passagère; comment en pourrait-il être autrement, si l'on admet avec M. Pidoux que la plupart de ces maladies prétendues antagonistes peuvent, à un moment donné, soit directement, soit par transmission héréditaire, aboutir à la phthisie? Séparant ici quelque peu la phthisie caséeuse de la tuberculeuse proprement dite, l'auteur pense que la première est plus fréquente chez les malades sur lesquels elle se montre comme le dernier terme d'une dégénération morbide, dont l'arthritis, la goutte, la scrofule semblent être les premiers degrés.

Que M. Pidoux nous permette toutefois de lui demander à cette occasion si c'est bien la maladie primitive qui dégénère, et s'il n'y a pas là plutôt une question de terrain, un état propre au support, et que toute maladie grave peut provoquer aussi bien que la misère physiologique? Cette idée serait bien d'accord d'ailleurs avec l'opinion que professe notre auteur sur le peu de spécificité de la tuberculose.

C'est en creusant cette question que l'on rencontre aussi l'aphorisme paradoxal de Niemeyer, à savoir que « ce qui peut arriver de plus fâcheux à un phthisique, c'est de devenir tuberculeux. » Ce qui veut dire qu'un sujet atteint de pneumonie caséeuse peut encore vivre et résister à son mal, tant que ne se sont pas développées au sein de la matière caséiforme des granulations tuberculeuses. Or, c'est là une proposition qui n'a pour elle que son originalité, car on peut dire avec beaucoup plus de raison et de logique grammaticale, que « ce qui peut arriver de plus fâcheux à un tuberculeux, c'est de devenir phthisique, » en ce sens que beaucoup de tuberculeux avérés peuvent vivre dans un état de santé relatif tant que ne surviennent pas les phénomènes de réaction générale et les phénomènes de colliquation que la maladie entraîne tôt ou tard, avec la généralisation du produit morbide.

Il me semble encore que pour être exact il faudrait, tout en conservant l'unité de nature, admettre que chacune des lésions granulo-plasmatique et muco-caséeuse, peut revêtir selon les cas une forme aiguë ou une forme chronique, car toutes les distinctions qu'on a tenté d'établir en attribuant à l'une et à l'autre de ces formes une relation avec l'une ou l'autre de ces lésions, tout cela semble suspect et demanderait au moins confirmation.

J'ai hâte d'aborder le chapitre dit de l'inoculabilité et de la contagion de la phthisie. L'absorption que peut faire le lapin, de la matière tuberculeuse de l'homme et sa reproduction par ce moyen lent, ces doses massives, tout cela ne constitue pas une inoculation proprement dite. On peut, par ce procédé, transmettre plutôt qu'inoculer toutes les matières animales connues; et, quant au tubercule, il n'est ni plus inoculable ni plus spécifique que le pus. Et, cependant, si le tubercule est susceptible de naître sous l'influence d'une irritation quelconque pourvu qu'elle soit modérée et continue, fût-elle même due à la présence de corps étrangers, on ne peut nier non plus que le tubercule est plus apte que toute autre matière organique à reproduire ainsi le tubercule, et que les matières organiques le peuvent aussi plus facilement que les matières inorganiques. Enfin le tubercule n'est pas *un*, bien que la phthisie soit *une*.

Ici, commentant et analysant les expériences de M. Villemin, de M. Colin (d'Alfort), de M. Chauveau, M. Pidoux en tire cette conséquence, que la tuberculose expérimentale est une

inflammation qui a tous les attributs des phlegmasies communes, avec quelque chose en plus peut-être, mais sans offrir aucun des caractères des virus. Aussi cette doctrine, et les faits sur lesquels elle repose, n'impliquent-ils en aucune façon la contagion de la phthisie. Tout au plus peut-on admettre la possibilité de la transmission par infection.

Pour le savant phthisiologue, la phthisie n'est pas plus contagieuse qu'elle n'est héréditaire ; et il répète à plusieurs reprises qu'il y a bien moins de phthisiques nés de phthisiques, qu'il n'y en a qui soient nés d'individus affectés d'autres maladies chroniques.

Je ne puis m'étendre comme je l'aurais voulu sur la troisième partie de cet ouvrage, consacrée à la clinique de la phthisie. Moins préoccupé de décrire les diverses formes cliniques de la maladie que d'en étudier certaines particularités, M. Pidoux passe en revue un certain nombre de symptômes pris dans les différents groupes des troubles locaux ou généraux qu'elle offre à l'observation. Il s'arrête assez longuement à l'hémoptysie et se refuse à lui reconnaître toujours la gravité qu'on lui attribue vulgairement; il examine à cette occasion quelle peut être l'origine hémorrhagique de certains tubercules (*phthisis ab hæmoptœ*), opinion que Niemeyer s'est efforcé de rajeunir. Ce sujet délicat, au point de vue clinique, est traité de main de maître, ainsi que l'étude de la fièvre chez les phthisiques. Notons, enfin, le chapitre des phthisies irrégulières et des phthisies latentes.

Je comprends moins la distinction soutenue par M. Pidoux, entre ce qu'il appelle les bruits actifs et les bruits passifs recueillis par l'auscultation du poumon malade et même par la percussion. La définition qu'il en donne me laisse quelque incertitude; ce sont des bruits *évolués*, comme les mouvements de l'organe, nous dit-il. Je me permettrai d'engager très-humblement M. Pidoux à se défier de l'évolutionisme qui serait un écueil pour la sûreté de sa doctrine, aussi bien que pour la clarté de son enseignement.

Cette partie se termine par deux pages à lire et relire, sur la valeur comparée des symptômes locaux et des symptômes généraux dans le pronostic de la phthisie. Il y a dans ces deux pages un sens clinique et une sagacité d'observation tels, que l'on peut y trouver la matière d'un livre entier.

(*A suivre.*) A. FERRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie procède à la nomination d'un associé étranger, en remplacement du chimiste allemand Liebig. Au premier tour de scrutin, sur 45 votants, M. Wheatstone est élu par 43 suffrages contre 2 donnés à M. d'Omalius d'Halloy. M. Wheatstone est le plus illustre physicien de l'Angleterre. On lui doit les premières déterminations précises de la vitesse de la lumière, et il est l'un des inventeurs du télégraphe électrique. C'est un homme digne, à tous égards, de la haute distinction dont il vient d'être l'objet. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'Académie n'a que *huit* associés étrangers.

Dans une des précédentes séances, M. Henri Deville a présenté, au nom de M. A. Sanson, une note fort intéressante sous ce titre : *Détermination du coefficient mécanique des aliments.* L'auteur s'exprime ainsi :

Les industriels qui exploitent des moteurs animés pour le transport des personnes, des marchandises ou des matériaux, les administrations publiques et l'armée, qui ont à entretenir une nombreuse cavalerie, sont sans cesse à la recherche des moyens de régler exactement l'alimentation de ces moteurs d'après la quantité de travail exigée d'eux. Il a été établi depuis longtemps, par M. H. Bouley, que la manifestation spontanée de la morve, qui contribue le plus à les décimer, est uniquement due au travail excessif, c'est-à-dire à une dépense prolongée de force non compensée par une nourriture suffisante. La notion d'un rapport nécessaire entre celle-ci et le travail ne peut d'ailleurs pas être contestée ; ce rapport est la condition fondamentale de l'hygiène des moteurs animés, qui diffèrent des moteurs à vapeur par un caractère essentiel. A rendement égal, ces derniers produisent du travail en raison du combustible qu'ils consomment. Il n'en est pas de même des moteurs animés. Sous l'influence de leur énergie propre, ils se dépensent eux-mêmes quand ils ne trouvent point dans leurs aliments une source renouvelée de force; et c'est ainsi qu'ils ne tardent pas à péricliter.

D'un autre côté, s'il est essentiel, au point de vue de la conservation de l'organisme moteur, que l'alimentation fournisse non-seulement la source de la force qu'il dépense en travail, mais encore les matériaux de sa propre réparation, il n'importe pas moins, au point de vue économique, de ne pas dépasser à ce double égard le nécessaire. Un moteur animé est une machine qui doit produire un certain rendement pour une certaine dépense, sans quoi il

n'y a plus intérêt à l'employer. La condition du prix de revient de la force est prédominante en industrie....

La Compagnie des omnibus de Paris ne laisse rien à désirer, sous le rapport de ses chevaux et de l'hygiène qui leur est appliquée. D'autre part, les résultats d'expériences sur le tirage des voitures, consigné dans l'*Aide-mémoire de mécanique* du général Morin, fournissent les matériaux indispensables aux calculs.

Ces calculs conduisent à admettre la valeur de 1,600,000 kilogrammètres en nombre rond, comme équivalent ou coefficient pratique du kilogramme de protéine alimentaire d'une ration bien constituée ; ce qui revient à dire que, dans l'économie animale, une ration journalière constituée selon les principes de la science dégage autant de fois la quantité de chaleur nécessaire pour produire effectivement 1,600,000 kilogrammètres de travail qu'elle contient de kilogrammes de cette protéine ou des matières azotées nutritives désignées ainsi.

Les chevaux des omnibus de Paris, par exemple, pèsent en moyenne 500 kilogrammes. Chacun d'eux doit tirer une vitesse de 2m,20 par seconde, durant quatre heures par jour, une charge moyenne de 1,590 kilogrammes, en démarrant cette charge de 60 à 70 fois. Il produit ainsi, durant son service de quatre heures, en nombre rond, un travail effectif total de 2,000,000 kilogrammètres. A raison de 1,600 par gramme de protéine alimentaire, il lui en faudrait, dans sa ration journalière, 1,250 grammes. Il en reçoit 1,402 grammes, dont 960 par l'avoine, 135 par le son et 307 par le foin. La différence de 152 grammes est employée pour l'entretien de son corps, supposé au repos, à raison de 30 grammes par 100 kilos des poids, conformément à l'expérience.

Appliqué aux chevaux de la poste de Paris, qui ont à tirer à la même vitesse une charge de 1,800 kilogrammes de poids total, et dont la ration de travail a été depuis longtemps réglée par l'expérience à raison de 400 grammes d'avoine par kilomètre parcouru, le coefficient admis se vérifie également avec un écart insignifiant. On peut donc le considérer comme aussi près que possible de la vérité.

C'est M. le docteur Hamy qui est le collaborateur de M. de Quatrefages pour l'ethnologie comparée (*crania ethnica*), et non M. Haury, comme il a été imprimé par erreur. — M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 avril 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Sommaire. — Suite de la discussion sur les méthodes d'extraction de la cataracte.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les méthodes d'extraction de la cataracte.

M. Le Fort est d'avis que la question peut se résumer dans les deux points suivants : 1° Quelle doit être la forme, quel doit être le siége de l'incision? 2° Faut-il faire l'iridectomie?

L'extraction par la méthode de Daviel, sauf les quelques tentatives de Gibson, de Travers et de Wardrop, était acceptée sans conteste depuis plus de cent ans, lorsqu'elle se vit tout à coup à peu près proscrite et abandonnée. On lui reprochait d'amener assez fréquemment la suppuration du lambeau cornéen et, par suite, la perte de l'œil. Par une réaction exagérée, Jœger et de Graefe proposèrent l'extraction linéaire simple, mais les inconvénients dépassèrent les avantages, car on ne pouvait faire sortir le cristallin sans le segmenter et sans introduire dans l'œil une curette. De Graefe et Waldau, pour obtenir une ouverture plus grande, reculèrent la ponction jusqu'au bord externe de la cornée, de sorte que les extrémités de l'incision portaient sur la sclérotique. Stœber, de Strasbourg, montrait, du reste, en même temps, en faisant porter toute l'incision sur la sclérotique, qu'on pouvait sans danger intéresser cette membrane.

Avec une incision aussi excentrique, il fallait supprimer la partie correspondante de l'iris; de Graefe hésita d'autant moins à le faire que l'iridectomie était alors en haute faveur. Mais tout cela laissait encore fort difficile l'issue du cristallin ; l'emploi de la curette amenait des accidents; l'iridectomie faite au côté externe laissait une difformité désagréable.

Critchett et Bowman diminuèrent ces inconvénients en faisant une plus large section cornéenne sur la circonférence de cette membrane, et en reportant l'iridectomie à un niveau où le coloboma était caché en grande partie par la paupière supérieure.

De Graefe adopta le procédé de Bowman et Critchett, qu'il modifia bientôt, en 1866, en faisant porter l'incision tout entière sur la sclérotique. La méthode d'extraction linéaire scléroticale était créée et ne tardait pas à être généralement adoptée.

Mais on ne tarda pas non plus à lui trouver des inconvénients que MM. Giraud-Teulon, Panas, Perrin ont signalés. Une réaction se fit, et, sauf M. Romero y Linarès qui, se portant plus loin encore en arrière, passait son couteau derrière l'iris, on reporta de plus en plus l'incision sur la cornée, dans le but d'éviter l'iridectomie. On alla même si loin sous ce rapport que Kuchler (d'Erlangen), en 1868, fit l'incision sur le méridien transversal de la cornée.

Quelles conditions doit remplir l'incision ? Elle doit être assez large pour permettre l'issue facile du cristallin, sans qu'il soit besoin d'introduire un crochet ou une curette. Elle doit être faite de manière que cette condition étant remplie laisse une plaie aussi peu étendue que possible et un lambeau vivace. Elle doit être faite sur un point tel, que le cristallin glisse sur la face profonde de la cornée comme sur un plan incliné, sans être obligé d'exécuter sur son axe transversal un mouvement de bascule exagéré.

M. Le Fort élimine tout de suite les incisions linéaires dont la longueur est inférieure au diamètre du cristallin ; elles sont aujourd'hui justement abandonnées. Si par les dimensions de la plaie cornéenne, par la grande étendue de ses bords, l'incision de Daviel n'exposait pas à la suppuration du lambeau, si elle ne laissait pas à craindre la réunion par première intention, elle serait préférable à toutes les autres. En effet, lorsque le cristallin, par la déchirure de sa capsule, l'ouverture de la chambre antérieure et l'issue de l'humeur aqueuse, se trouve projeté en avant par la pression des milieux postérieurs de l'œil, l'iris étant moins soutenu au niveau du lambeau se laisse pousser en avant; le cristallin bascule légèrement, glisse sur la face profonde de la cornée et s'engage facilement dans une ouverture largement et spontanément béante.

Au contraire, dans l'incision sclérale de de Graefe, malgré l'ablation d'une partie de l'iris, l'incision linéaire ne laisse qu'une ouverture en forme de fente; ce n'est le plus souvent qu'artificiellement et en déprimant sa lèvre postérieure qu'on fait bâiller l'incision, qui ressemble non plus à un opercule, mais à une boutonnière. Si, au contraire, on se rapproche de la cornée, le cristallin doit accomplir un mouvement de bascule très-prononcé, qui enfonce vers le corps vitré une partie de sa circonférence, et l'on est exposé à voir une partie de l'humeur vitrée accompagner ou même précéder la sortie du cristallin.

Si l'incision est tout à fait centrale, comme dans les procédés de Kuchler et de Notta, on a les inconvénients poussés au plus haut degré. Dans toute cette discussion, la géométrie vient réclamer sa place. On ne peut dépasser les limites de la face profonde de la cornée, et dans ce champ ainsi circonscrit l'ouverture la plus large transversalement est, répète-t-on, celle qui répond à un grand cercle. Géométriquement, cela est possible; mais il s'agit, non pas de faire une fente plus large que le diamètre du cristallin, mais de faire une ouverture au travers de laquelle le cristallin puisse facilement sortir. Or, le cristallin est, non un disque, mais une lentille dont l'épaisseur est variable; il ne peut sortir à travers une ouverture linéaire que si l'on fait bâiller cette fente de manière à lui donner une forme elliptique ou à déprimer un des deux bords en élevant l'autre; de plus, la surface de la lentille cristalline est molle; une pression un peu forte sur cette surface amène plus ou moins la décortication de ses couches les plus superficielles. Aussi, que voyons-nous signalé comme un des inconvénients du dernier procédé de de Graefe? La rétention dans l'œil de parcelles de substance corticale, et, dans tous les procédés vraiment linéaires (Waldau, de Graefe, Bowman) la nécessité d'extraire avec une curette tout ou partie du cristallin.

D'un autre côté, plus l'on s'approche du centre de la cornée, plus le cristallin doit basculer. Le dernier procédé de de Graefe, par sa périphéricité et grâce à l'ablation de la partie correspondante de l'iris, n'exige aucun mouvement de bascule du cristallin; mais, en revanche, la lentille a si peu de tendance à sortir par la fente faite à la sclérotique, qu'on est obligé d'expulser le cristallin par une pression exercée à la partie de la circonférence opposée à celle où l'incision a été pratiquée, et de suivre avec le corps qui presse (dos de la curette, manche du couteau) le cristallin dans sa progression vers l'extérieur.

De tous les procédés aujourd'hui imaginés, le procédé de Daviel est celui qui permet le plus facilement la sortie du cristallin; c'est un de ceux qui exigent le moindre mouvement de bascule du cristallin; c'est celui, enfin, de tous ceux qui ne comprennent pas l'iridectomie, qui met le mieux à l'abri du pincement de l'iris, puisque la plaie cornéenne est aussi éloignée que possible de l'ouverture pupillaire.

Le lambeau de Daviel, toutefois, est loin d'être sans inconvénients. La grande étendue de la plaie cornéenne, jointe à une coaptation parfois imparfaite, expose à la suppuration de la plaie; la grande étendue du lambeau, qui comprend la moitié de la cornée, ajoute à ce danger, car la vitalité de ce grand lambeau peut être insuffisante pour faire les frais d'une réunion par première intention; mais ce lambeau de Daviel peut être modifié. Depuis plus d'un an M. Le Fort a pris le parti d'en diminuer la hauteur, mais en augmentant sa largeur. Avec le couteau lancéolaire de de Graefe, il fait la ponction en dehors du cercle visible de la cornée, au point qui correspond à la circonférence profonde de cette membrane; il fait la ponction et la contreponction à 1 millimètre 1/2 ou 2 millimètres au-dessus ou au-dessous du diamètre transversal de la cornée, et la termine au niveau de la circonférence de la membrane.

Arrivant à la question de l'iridectomie, M. Le Fort dit que l'ablation de l'iris, le coloboma chirurgical, s'il n'a pas d'inconvénient immédiat, a celui d'amener ultérieurement la forma-

tion sur la rétine de cercles d'irradiation. Mais c'est là un petit inconvénient. Un désavantage beaucoup plus grave, c'est d'obliger, pour éviter une difformité très-grande et les inconvénients d'un large coloboma, à opérer sur le segment supérieur de la cornée, difficulté de plus, ajoutée à d'autres difficultés plus grandes que dans le procédé de Daviel.

Les difficultés de l'opération ont ici une grande importance. Dans l'opération de la cataracte, comme dans beaucoup d'autres opérations de l'oculistique, l'habileté de l'opérateur est prédominante; une seule fausse manœuvre compromet irrévocablement le résultat; tout n'est pas gagné, mais tout peut être perdu pendant l'opération.

L'opération de de Graefe ne peut être faite qu'en haut. Or, la kératotomie supérieure est plus difficile que l'inférieure. Elle est plus difficile en elle-même par la gêne qu'apporte la paupière supérieure; elle est plus difficile, en outre, parce qu'elle exige un aide exercé, surtout dans le temps de l'opération qui consiste à exciser l'iris. Il faut ajouter à la précision indispensable des manœuvres l'écoulement fréquent d'une certaine quantité de sang dans la chambre antérieure, accident qui peut forcer tous les opérateurs à interrompre l'opération ou qui, du moins, en déroutera un grand nombre. Même dans le cas où l'opération ne devrait être faite que par des spécialistes, M. Le Fort préférerait encore le procédé de Daviel à celui de de Graefe.

Les statistiques de plus en plus favorables au procédé de de Graefe ne suffisent pas à M. Le Fort pour entraîner sa conviction; car, si au lieu d'abandonner l'opération de Daviel on se fût appliqué à l'améliorer, rien ne prouve que les résultats n'en fussent pas meilleurs aujourd'hui qu'il y a quinze ou vingt ans.

Les statistiques donnent une partie du problème, celle dont la solution a été cherchée par des spécialistes; que donnerait la contre-partie, si l'on pouvait avoir la statistique de chirurgiens d'hôpitaux, de chirurgiens voués uniquement à la pratique professionnelle et ayant opéré par le procédé de de Graefe et par celui de Daviel?

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

GESTATIONS GÉMELLAIRES.

Arras, 2 mai 1873.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu, il y a une quinzaine de jours, dans les colonnes de votre estimable journal, l'analyse d'un ouvrage sur les *gestations gémellaires*, par le docteur Albert Puech.

Cette lecture m'a suggéré la pensée de vous communiquer les deux faits suivants, dont vous ferez tel usage que vous jugerez convenable.

Peut-être des observations ultérieures permettront-elles de prévoir, dans une certaine mesure, les cas de naissances multiples. Quoi qu'il en soit, voici les deux faits, je vous les livre tels que je les ai observés, et sans commentaires :

1° Je connais intimement une famille dans laquelle sont nés, en 1822, deux jumeaux, garçon et fille. Le garçon est mort vers 1840, pendant un voyage en Grèce. La fille s'est mariée en 1850, et a donné naissance, en 1851, à deux jumelles, dont l'une s'est mariée en 1871, après avoir eu un enfant; en 1873, cette jeune femme vient de donner le jour à deux garçons jumeaux. L'autre fille n'est pas mariée.

Ainsi, voilà trois cas de naissances multiples dans la même famille, se transmettant de la grand'mère à la mère, et de la mère à la fille.

Je dois ajouter que la grand'mère n'a eu, pendant son mariage, que le garçon et la fille nés en 1822, et que la mère n'a plus eu d'enfant après la naissance des deux jumelles de 1851. Elle n'a eu également que ces deux enfants.

2° En 1860, j'observais, dans une ferme, qu'une vache dont j'ignore l'origine donnait deux veaux jumeaux, mâle et femelle. La femelle a donné également, en 1866, à sa seconde parturition, deux génisses; l'une de celles-ci est morte en 1870, immédiatement après avoir donné deux veaux morts pendant le vêlage.

Le veau jumeau, mâle de 1860, a été mis à l'engrais et vendu pour la boucherie à trois mois; quant à la génisse jumelle, née en 1866, elle est morte pendant la parturition.

Si des observations semblables se multipliaient, ne pensez-vous pas, Monsieur le rédacteur, qu'elles autoriseraient à admettre que l'hérédité par la voie maternelle au moins joue un certain rôle dans la production des gestations gémellaires?

Je vous prie, Monsieur le rédacteur, de vouloir bien agréer l'assurance de mes civilités les plus respectueuses.

Ch. LENGLEN,
Vétérinaire à Arras.

FORMULAIRE

GARGARISME CONTRE LA SALIVATION MERCURIELLE.

Décoction de quinquina.	60 grammes.
Infusion de sauge.	60 —
Chlorate de potasse.	4 —
Acide chlorhydrique	8 gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges.	30 grammes.

F. s. a. un gargarisme conseillé contre la salivation mercurielle. — Les ulcérations des gencives seront touchées légèrement avec le nitrate d'argent. — N. G.

Après une discussion à laquelle ont pris part MM. Naquet, Bouisson et Théophile Roussel, l'Assemblée nationale n'a pas adopté, dans sa séance d'hier, la proposition tendant à prendre en considération le projet de loi présenté par M. Naquet sur la révision de la loi de l'an XI, relative à l'enseignement et à l'exercice de la médecine.

CONCOURS POUR CINQ EMPLOIS DE PROFESSEUR AGRÉGÉ A L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE. — Un concours s'ouvrira à l'École du Val-de-Grâce, le 15 décembre prochain, pour cinq emplois de professeur agrégé.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées :

Clinique chirurgicale.
Clinique médicale.
Hygiène et médecine légale militaire.
Maladies et épidémies des armées.
Chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Les épreuves du concours sont déterminées ainsi qu'il suit :

Concours en chirurgie.

1° Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale, tirée principalement des lésions observées aux armées;

2° Préparation d'une région anatomique; description de cet région; indication des applications de pathologie interne ou externe et de médecine opératoire qu'elle comporte;

3° Examen clinique de deux malades dont l'un atteint d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique;

4° Pratique de deux opérations chirurgicales, une appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent; pansement; application de bandages et appareils.

Concours en médecine.

1° Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire;

2° Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaire;

3° Examen clinique de deux malades fiévreux, atteints, l'un de maladie aiguë, l'autre d'affection chronique; — leçon sur les deux cas observés;

4° Autopsie cadavérique, avec démonstration des lésions qu'elle révèle et de médecine légale, s'il y a lieu.

Concours en pharmacie.

1° Composition écrite sur une question de chimie pharmaceutique;

2° Une ou plusieurs préparations officinales se prêtant à des développements théoriques;

3° Deux expertises, relatives, l'une aux cas d'hygiène, l'autre aux cas de médecine légale qui peuvent se présenter dans l'armée; — explication verbale des phénomènes produits pendant les opérations de ces expertises et conclusions à en tirer;

4° Réponse verbale à une question de comptabilité pharmaceutique.

En médecine et en chirurgie, les deux premières épreuves seront éliminatoires.

En exécution de l'article 6 du décret du 13 novembre 1852, pourront être admis à prendre part au concours pour la spécialité chirurgicale ou médicale, les médecins aides-majors de première classe et les médecins-majors des deux classes, et au concours en pharmacie, les pharmaciens des mêmes grades.

Les officiers de santé en possession de l'un de ces trois grades, et qui désireront participer au concours, seront tenus d'adresser au ministre de la guerre une demande qui devra, *sous peine de rejet*, être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs. Cette demande, qui indiquera la spécialité pour laquelle se présente le candidat, devra être transmise au ministère par la *voie hiérarchique* avant le 15 novembre prochain, terme de rigueur.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA CHARITÉ

Leçons de M. le professeur G. SÉE.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'ALCOOL (1).

SUR LA TEMPÉRATURE, LA CIRCULATION ET LA RESPIRATION.

VI.

De tout temps on a donné l'alcool comme excitant. S'est-on toujours trompé? Non pas absolument; mais voici que les médecins anglais et français le prescrivent contre les fièvres les plus ardentes, comme dans la pneumonie. Comment concilier cette apparente contradiction? Il y a une quinzaine d'années, MM. Demarquay et Leconte ont dit que l'alcool abaissait la température. On n'y a guère fait attention. Un physiologiste anglais, M. Smitth, a mis sa nombreuse famille en expérience, et il a vu aussi que l'alcool abaissait la température. On n'en tint aucun compte, comme de tous les faits qui contredisent les opinions reçues, ce qu'on appelle l'expérience des siècles.

Il a fallu que les cliniciens prissent le fait en mains. Ce fut Todd qui donna l'impulsion, et nous avons vu que, malgré les expériences de Smitth, il considérait l'alcool comme un excitant. Mais après l'étude clinique de la question, la physiologie fut enfin écoutée, et Walter, expérimentant sur toutes sortes d'animaux, obtint des résultats si constants, que la solution parut définitive; sous l'influence de l'alcool, la température peut s'abaisser de 2 degrés et même de 2 degrés 3/10. Le docteur Perrin avait constaté un abaissement de 1 degré; un médecin russe avait dit que l'abaissement allait à 2 et jusqu'à 3 degrés; ce sont là des exagérations.

En quinze minutes, 10 gr. d'alcool dilué, administrés à un chien de taille moyenne, abaissent la température ordinairement de près de 1 degré. Si l'on donne la même quantité à un lapin, les vaisseaux des oreilles, de la bouche, de toute la tête, se remplissent de sang et deviennent plus chauds; le cœur, dont le mouvement s'accélère, bat 120 pulsations, et, chose étrange, la température du reste du corps baisse de 1 degré et même plus, tandis qu'elle augmente de 1 degré dans les oreilles turgides, ainsi qu'il arrive après la section des filets du grand sympathique. Donc, la tête s'injecte et devient brûlante, alors que la partie intérieure de l'organisme se refroidit. Pourquoi? Il en est trois raisons qu'il importe d'examiner avec d'autant plus d'attention que les partisans de la théorie de Liebig soutiennent encore qu'il n'est pas possible que la température intérieure baisse quand l'extérieure s'élève.

1° Si la chaleur augmente à la surface de certaines parties du corps, le sang étant en contact avec le milieu ambiant sur une plus grande étendue, d'une part en raison de la dilatation du système vasculaire, et, d'autre part, en raison de l'accélération de la circulation, ne tarde pas à se réfrigérer. Le sang, qui, en arrivant aux oreilles du lapin en expérience, marquait 38 degrés, n'en donne plus que 37 lorsqu'il revient aux organes.

2° L'augmentation de fréquence et d'amplitude des mouvements respiratoires refroidit le sang par le contact avec l'air inspiré.

3° L'élimination de l'alcool par le poumon entraîne une partie notable de la chaleur du corps.

En résumé : augmentation de la circulation périphérique; accélération de la respiration; évaporation pulmonaire de l'alcool, voilà les causes principalss du phénomène en discussion.

Il en est une autre qui doit entrer aussi en ligne de compte : l'individu faiblement alcoolisé ne s'use pas, ne s'oxyde pas, l'oxygène étant fixé sur les globules. Donc, il se produit moins de chaleur.

Si l'on continue à donner de l'alcool, la scène change : alors, le cœur faiblit et l'on voit se produire la deuxième période (période de faiblesse); la circulation

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 29 avril, 15, 29 mai, et 28 juin 1873.

cérébrale languit, le sang stagne dans les vaisseaux, le coma survient, l'individu est ivre-mort. La température ne baisse plus. Bientôt survient la troisième période, caractérisée par les tremblements fibrillaires et la contraction des vaisseaux, qui s'accompagne du relèvement de la température interne; c'est la contre-partie de la première période.

Il est entendu que le médecin ne doit faire appel qu'à la première des périodes que nous venons de décrire. La potion de Todd ayant été administrée à un pneumonique à neuf heures du matin, par supposition, on constate à quatre heures l'abaissement de la température. Dans ce cas, c'est l'excitation cérébrale immédiate et non l'économie de combustion, l'épargne, comme on dit, qui peut expliquer l'effet produit. Mais comment l'alcool agit-il sur le système nervo-moteur? Flourens a cherché à déterminer exactement quelle est la portion du système cérébro-spinal influencée par l'alcool. Il a indiqué la partie supérieure de la moelle allongée. Au surplus, ce qui nous intéresse particulièrement, c'est l'action de l'alcool sur les forces. En premier lieu, sur la force circulatoire; celle-là est très-facilement appréciable. En second lieu, sur la force musculaire, et c'est ici que se dresse le problème social dont tout l'univers s'occupe en ce moment. On se ligue contre l'alcool; on voudrait le proscrire absolument, et, en attendant, on le frappe d'impôts excessifs. La France a besoin d'argent, elle en cherche, elle en prend où elle peut, c'est bien. Mais les économistes et les législateurs, pour justifier les rigueurs contre l'alcool, ne parlent que de la troisième période qu'entraine l'exagération de l'usage qu'on en fait. — Notons, en passant, qu'on procède de la même façon contre le tabac. — Les hygiénistes et les physiologistes ne doivent, au contraire, considérer que la première période, c'est-à-dire l'usage modéré de l'alcool. Placés à ce point de vue, si on leur demandait leur avis sur les impôts dont on écrase les producteurs de cette substance, il ne pourraient répondre que par la négative. Non, on ne doit pas imposer à l'excès l'alcool.

Dans tous les pays du monde, lorsqu'on se prépare à supporter une fatigue physique, lorsque, par exemple, on se dispose à faire une longue route à pied, il est d'usage de prendre une substance soit solide, soit liquide, dans le but de ménager les forces. Il n'est guère supposable que l'expérience universelle, fondée sur tant d'épreuves individuelles et continuée depuis un aussi grand nombre de siècles, ait pu se tromper partout et toujours. Les Styriens prennent une certaine dose, — relativement considérable, — d'arsenic, et ils sont bien convaincus que cette précaution leur permet de gravir plus facilement les montagnes; — les Indiens mâchent la cocca ou le maté; — les Africains boivent du café, les Anglais du thé; — en France, on prend indifféremment un petit verre d'une boisson alcoolique, un verre de vin ou une tasse de bouillon. Toutes ces substances diminuent la dépense musculaire; l'alcool agit, de plus, comme un excitant, non pas un excitant direct des forces nerveuses ou musculaires; mais, en accélérant la respiration au début, il aide singulièrement les muscles à se débarrasser des déchets de la combustion. Le muscle, en effet, respire; il absorbe de l'oxygène et rend de l'acide carbonique. Il ne se brûle pas lui-même à proprement parler; il ne se détruit pas, comme on le croyait naguère; mais, par suite de son fonctionnement, il donne naissance à la créatine, à la créatinine, à l'acide lactique, au sucre, etc. Il faut, pour que le fonctionnement continue, que tous ces produits soient déblayés. Or, sous l'influence de l'alcool, la circulation augmentant dans les muscles, entraine tous les déchets qui sont la conséquence de la fatigue.

Au résumé, l'alcool constitue un moyen d'épargne. Il ralentit le mouvement de la dénutrition, en excitant la circulation périphérique et la respiration; il détermine la réfrigération intérieure; enfin, en maintenant l'intégrité des muscles en fonction, il conserve les forces musculaires.

(*A suivre.*)

Dr Maximin LEGRAND.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

NOTE SUR L'USAGE ALIMENTAIRE DE LA FARINE D'AVOINE;

Par le docteur MIGNOT, médecin de l'hôpital de Chantelle.

L'usage de la farine d'avoine dans l'alimentation est beaucoup plus répandu que ne le ferait supposer la note lue par MM. Dujardin-Baumetz et Hardy à la Société médicale des hôpitaux, et publiée par l'UNION MÉDICALE; elle est employée de temps immémorial, dans la partie la moins fertile du département de l'Allier, vulgairement appelée la terre légère, où la nature du sol se prête à la culture de cette graminée, tandis que sur la partie la plus riche nommée, par opposition, la terre forte, on sème de préférence et l'on consomme l'orge et le froment. Aussi les habitants de cette dernière région, un peu fiers de la supériorité de ses produits, désignent-ils, avec une sorte de dédain, leurs voisins sous le surnom de « mangeurs de pilée ». Ce mot s'applique à la farine d'avoine, provenant de grains grossièrement concassés, dépouillés de leur enveloppe et destinée à l'usage alimentaire.

Voici comment on prépare cette pilée, dont chaque ménage a soin de faire une provision.

Dans un vase, en partie rempli d'eau bouillante, on met la quantité d'avoine qu'on veut réduire en farine. Après un séjour d'une ou deux heures, suffisant pour opérer une certaine cuisson et faciliter la chute de l'enveloppe extérieure du grain, on le retire de l'eau et on l'étend pour le faire sécher, dans un four chauffé à un certain degré. Le grain, convenablement séché, est transporté sous une meule de moulin, qui le soumet à une mouture grossière, d'où résulte sa décortication et sa conversion imparfaite en farine, ou bien il est soumis, dans de petites auges en pierre, à l'action d'un pilon à main, qui produit le même effet que la meule du moulin.

A la suite de ces diverses opérations, la pilée est faite et mise en dépôt dans des vases en terre, où l'on va puiser suivant le besoin. Elle a une couleur grisâtre, et se compose d'une farine plus ou moins fine et de fragments de grains plus ou moins gros.

Les diverses préparations culinaires auxquelles on l'emploie sont : 1° une décoction de ce mélange dans de l'eau, additionnée de sel et de beurre; c'est une espèce de potage qu'on prend au commencement des repas; 2° une décoction dans de l'eau et dans du lait, vulgairement appelée bouillie; c'est la plus employée; une cuisson lente de deux à trois heures est nécessaire, dans les deux cas, pour une bonne préparation.

On fait aussi, avec de l'eau et sans sel ni beurre, une décoction plus légère qu'on donne en guise de tisane.

Voici les proportions : Dans un litre de liquide, on ne met pas plus d'une cuillerée de farine; on peut, du reste, diminuer cette quantité, parfois même y ajouter un peu de sucre et l'aromatiser.

La bouillie, faite avec la pilée, comme avec toute autre farine, s'administre aux enfants avant et après leur sevrage; cependant on en use beaucoup moins dans le cours de l'allaitement qu'à tout autre âge; le sein de leur mère leur offrant le principal, sinon l'unique aliment. Il arrive très-rarement, dans nos campagnes, qu'une femme, quelle que soit sa position, n'allaite pas son enfant et lui donne, avant son quatrième ou cinquième mois, une autre nourriture que son propre lait; nous n'avons donc que peu de chose à dire des avantages de son administration chez les enfants à la mamelle.

Les adultes et les personnes d'un âge avancé en font une plus grande consommation; durant le carême qu'on tient à observer, et à l'époque de la moisson et des travaux des champs, elle est en grande faveur sous ses différents apprêts. On la considère, du reste, plutôt comme un mets rafraîchissant que comme un mets nourrissant. On prend de la pilée afin de se rafraîchir : telles sont les expressions chaque jour répétées par ses habitués pour définir le mode d'action de cette substance; sont-elles justes et conformes à l'analyse quantitative des éléments quelle renferme? Cette question, je la laisse à résoudre; mais je pense que cette opinion du vulgaire, fruit d'une certaine expérience, doit être, sur ce point, comme en d'autres circonstances, prise en considération. A l'appui, on peut faire valoir que la culture du froment s'étant, depuis quelques années, très-étendue dans les pays où elle n'était qu'une exception, l'usage de la farine d'avoine y a diminué proportionnellement, et beaucoup de familles y ont renoncé. Si le nombre de ses consommations décroît, si on tend à lui substituer la farine de froment, c'est sans doute qu'on lui reconnaît un pouvoir nutritif supérieur. Dans le cas même où il serait prouvé que la farine d'avoine est inférieure sous ce rapport, il ne faudrait pourtant pas la dédaigner, car elle peut avoir d'autres qualités qui la rendent préférable pour l'usage des enfants, dont le tube digestif, prompt à s'enflammer, ne demande pas toujours la nourriture la plus forte. C'est une question de pratique sur laquelle MM. Dujardin-

Beaumetz et Hardy, en publiant leurs intéressantes recherches, ont eu le mérite d'appeler l'attention du corps médical.

Note du rédacteur en chef. — Il y a bien des années que je prescris, non sans de grands avantages, les bouillies faites alternativement avec la farine d'avoine et la farine de maïs dans l'alimentation des phthisiques. Cet aliment est, du reste, d'un usage général dans une grande partie du midi de la France, et notamment dans les Pyrénées. Ces bouillies à l'eau ou au lait, connues sous le nom de *gaudes*, sont très-agréables au goût et très-salutaires.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDES GÉNÉRALES ET PRATIQUES SUR LA PHTHISIE; par M. PIDOUX.

Paris, 1873. Asselin, éditeur.

Suite et fin. — (Voir le dernier numéro.)

Thérapeutique de la phthisie. — M. Pidoux s'est tant attaché dans le cours de son livre a combattre l'idée de spécificité; il a tant poursuivi de sa verve scientifique le fatalisme de Laennec; il s'est si bien efforcé à nous montrer combien sont nombreuses les conditions antagonistes de la phthisie, qu'il semble que tout son livre ait été conçu et écrit dans le but de justifier une thérapeutique à laquelle s'impose le devoir d'être aussi active qu'elle peut être efficace.

Les exemples de guérison spontanée ou naturelle de la tuberculose pulmonaire ne sont pas très-rares. On en peut donc guérir, comme on peut guérir d'une maladie chronique. La médecine n'est donc pas impuissante contre la phthisie; tel est le point de départ de ce chapitre.

M. Pidoux va plus loin : il ne connaît pas de maladie organique qui excite plus d'intérêt chez le médecin, plus d'espérance chez le malade, tant il semble naturel qu'on en guérisse. La thèse de l'auteur consiste à prouver que ce sentiment universel n'est pas absolument sans fondement.

« Un fonds d'impuissance de la nutrition à régénérer et à entretenir sa propre base, par conséquent une faiblesse radicale; et cette faiblesse généralement associée à une irritabilité des tissus et à des réactions qui, au lieu d'être médicatrices, ne font que précipiter la destruction des éléments organiques; tel est l'état misérable qu'il faudrait atteindre dans ses causes profondes pour lutter contre la phthisie. » On comprend, l'indication ainsi posée, combien cette thérapeutique est délicate, et combien il importe au médecin d'éviter le double écueil dont elle le menace : irriter en voulant fortifier; débiliter en voulant combattre l'irritation.

Le lecteur trouvera là un tableau bien fidèle de ces phthisies irritatives ou à forme éréthique, sortes de *noli me tangere*, dont la faiblesse, et une faiblesse d'autant plus irritable qu'elle est plus profonde, semble être la condition la plus ordinaire.

L'état opposé, favorable à l'intervention thérapeutique, se reconnaît à la tolérance pour les médicaments, à l'apyrexie se montrant au moins le matin, à l'absence des sueurs, à la conservation de l'appétit, à la délimitation des lésions locales, à la prédominance de celles-ci sur les phénomènes généraux, à l'existence d'affections antagonistes, etc. Le généralisateur se reconnaît à cette opinion, qu'il y a autant, et peut-être plus, de phthisies localisées et arrêtées au deuxième et au troisième degré qu'au premier.

Les agents de cette médication sont divisés en médicaments qui agissent contre la tuberculose elle-même et médicaments dirigés contre les symptômes. L'huile de foie de morue, les préparations à base de chaux, l'arsenic, les contro-stimulants, les révulsifs et les dérivatifs, la viande crue, le tannin, la noix vomique, etc., sont successivement passés en revue; mais l'éminent praticien ne nous laisse pas oublier que ce qui est plus nécessaire encore que des agents thérapeutiques variés, c'est une grande fermeté, une patience et un courage infatigables en face des découragements et des exigences du malade.

M. Pidoux condamne en passant la *diète respiratoire*, qu'il appelle une doctrine de cabinet. Il recommande au contraire une certaine activité, l'exercice, dans les conditions hygiéniques qu'il importe sans doute avant tout de maintenir. Peu d'accord avec M. Fonssagrives sur l'utilité des contro-stimulants en général, et en particulier de l'émétique à haute dose, il propose de les réserver, ainsi que les dérivatifs et les révulsifs, pour les cas où une forme véritablement inflammatoire donne à la phthisie une acuité et une rapidité d'évolution en désaccord avec ses formes communes.

Un médicament qu'il recommande beaucoup, surtout à la période de colléquation, alors que

les forces sont entraînées par des évacuations et des flux de toute sorte, c'est le tannin, qu'il considère non-seulement comme un astringent, mais comme un sédatif et un antiphlogistique. La noix vomique lui paraît encore appelée à rendre de grands services, à titre de tonique général et de tonique plus spécial de l'estomac, contre les vomissements parfois si rebelles et toujours si funestes.

Viennent ensuite les médicaments préconisés contre les symptômes. L'opium, parmi eux, tient la première place, et le laudanum est donné comme l'agent le plus efficace contre la toux. Puis vient la médication de l'hémoptysie, celle des flux divers, de l'hydropneumothorax, enfin la médication par les eaux minérales naturelles.

La cure par les eaux d'Eaux-Bonnes y est longuement traitée, comme on pouvait s'y attendre, et plus d'un praticien de nos grandes villes se félicitera de voir un traitement hydro-thermo-minéral étudié avec tant de savoir, fouillé avec tant de perspicacité, formulé avec tant de compétence. On poura regretter quelques interprétations peu précises sur l'action pathogénétique et le rôle thérapeutique de ce puissant remède, mais on ne saurait que remercier M. Pidoux d'avoir si nettement exposé les indications qui en motivent l'emploi, qu'on ne s'aperçoit pas qu'elles débordent peut-être un peu sur le chapitre légèrement touché des contre-indications. Du reste, nous sommes persuadé qu'entre des mains aussi habiles et aussi prudentes que celles de notre savant hydropathe, le moyen perd beaucoup de ses dangers et peut convenir, en effet, au plus grand nombre des malades. M. Pidoux n'a d'ailleurs pour compléter cette étude qu'à rappeler les mémoires déjà publiés par lui antérieurement sur la matière : ceux qui ont trait à la pneumonie, à l'hémoptysie et à la fièvre des phthisiques, considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les Eaux-Bonnes. Il refuse de s'effrayer, comme il le dit, du spectre rouge de l'hémoptysie ; mais aussi il ne tarde pas à nous avouer que plus son expérience s'accroît à Eaux-Bonnes, plus il réduit les doses auxquelles l'eau est employée, « convaincu qu'on peut obtenir beaucoup avec peu, et que tout consiste dans l'accommodation. »

Une des interprétations favorites de M. Pidoux consiste à attribuer aux maladies antagonistes, les effets favorables obtenus des moyens dirigés contre la phthisie. C'est ainsi que les Eaux-Bonnes lui semblent agir en *surazotisant* et *sururifiant* les humeurs, ou encore en produisant ou régénérant les maladies qu'on traite à Vichy, et qui témoignent d'une sorte d'animalisation exagérée. C'est l'idée qu'il a déjà développée dans son mémoire sur la conversion des maladies de Vichy en maladies d'Eaux-Bonnes, sous l'influence de l'abus des eaux alcalines, et sur la régénération des maladies de Vichy par l'action des eaux d'Eaux-Bonnes.

Je n'insiste pas sur ce qu'a d'ingénieux cette théorie antagonistique ; non plus que sur les autres eaux, dont M. Pidoux traite d'ailleurs fort succinctement. La question de l'hibernation est plus approfondie.

Une cinquième partie est consacrée à la prophylaxie de la phthisie dans l'individu et dans l'espèce. Il y a là sur les *servitudes organiques*, dont il ne faut pas toujours s'affranchir, quelques mots à recommander aux méditations de beaucoup de nos contemporains dans la médecine, peu disposés à croire en général à de semblables utilités.

L'auteur recommande de surveiller les époques dites d'imminence morbide ; d'éviter l'encombrement, le froid ; de rechercher l'air et la lumière. Il voudrait voir se former une sorte de ligue du bien public pour combattre la phthisie. Du reste, ajoute-t-il, la plupart des mesures à préconiser à cet effet ne sont autres que celles que l'on conseille de prendre à ceux qui sont déjà frappés et dans la première période de la maladie. La société ne peut-elle en imposer quelques-unes, et au nom de l'intérêt général, commander une certaine *hygiène obligatoire*? M. Pidoux dit oui. Je suis bien tenté d'être de son avis.

Le livre se ferme sur un chapitre d'observations particulières divisées en deux séries, la première comprenant les phthisies arthritiques et la seconde les phthisies herpétiques, le tout accompagné de réflexions destinées à en justifier l'interprétation et à en faire saillir les points essentiels.

Que M. Pidoux veuille bien me permettre de ne pas déposer la plume sans lui soumettre quelques réflexions générales sur l'ensemble de son travail. J'ai analysé avec le plus de soin que j'ai pu l'œuvre qu'il vient d'accomplir ; l'intérêt avec lequel on s'attache à sa lecture m'a rendu la tâche agréable ; elle est encore plus utile.

J'ai indiqué chemin faisant quelques critiques de détail auxquelles je n'ai pu m'arrêter. Ce travail est tout d'une pièce ; son harmonie est telle qu'on ne sait où trouver une lacune pour y glisser une observation ou une réserve. On ne peut cependant terminer une lecture de cette importance sans éprouver comme un besoin de se recueillir et de synthétiser un peu ses impressions.

M. Pidoux, certainement, ne fait pas de la science avec ses sentiments, il a l'esprit trop richement doué pour cela, mais il trahit souvent, dans son faire, une sorte de passion intel-

lectuelle; cela donne sans doute à son exposition une forme saisissante et pittoresque, mais l'expose aussi quelquefois à dépasser un peu la mesure. C'est ainsi qu'on le voit s'apitoyer véritablement sur la tristesse et la pauvreté de la néoplasie tuberculeuse, élément mort-né, dont il nous montre la déchéance avec une compassion qu'il est ordinaire de réserver pour des êtres plus concrets et plus personnels.

Cette disposition d'esprit, qui anime beaucoup sa description et en fait pour ainsi dire une suite de tableaux vivants, vient du reste d'une idée philosophique qui consiste à avoir toujours devant les yeux, non un objet concret réalisé dans une forme et avec un mode d'activité déterminés, mais des éléments en voie d'évolution permanente, qu'on n'étudie que dans leur activité, chez lesquels, par conséquent, la force et la substance se fondent dans une unité quelque peu confuse, et qui sent terriblement l'unité allemande.

De là découlent encore un certain nombre de conséquences auxquelles n'échappe pas le travail de notre auteur. Citons en une entre autres : Après avoir rejeté absolument la spécificité de la phthisie, et s'être efforcé de la ramener dans le cadre des maladies communes, par son étiologie et par sa thérapeutique, M. Pidoux reporte cette idée de spécificité dans l'analyse des éléments constitutifs de la maladie, et attribue à chacun de ses symptômes et à chacune de ses altérations une spécificité qu'il refuse à sa nature.

Toutes ces altérations fonctionnelles (dit-il à la page 349 de son livre) ne sont pas des altérations indéterminées, mais elles sont imprégnées du vice tuberculeux, comme leur source elle-même; de sorte que les phlegmasies, les fièvres, les sueurs, les flux, etc., sont de nature tuberculeuse.

Que M. Pidoux me le pardonne, mais je crois que l'idée évolutionniste, qui est comme l'idée maîtresse de son livre, l'expose, comme je l'ai dit en passant, à compromettre la netteté de son enseignement et la sûreté de sa doctrine. C'est le seul reproche que je croie devoir faire à son œuvre, et tous ceux que l'on pourrait lui adresser dans le détail, me semblent rentrer dans celui-là.

C'est la pente sur laquelle s'est laissé glisser la science allemande, que M. Pidoux sait si bien réfuter à l'occasion; son livre en fournit mainte preuve. Aussi peut-être me reprochera-t-on, à mon tour, de lui faire ici un procès de tendance. Mais comment ne pas regretter jusqu'à l'ombre d'une tache, quand c'est au milieu d'un si bon livre qu'on la rencontre?

Dr A. FERRAND.

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICATION SULFUREUSE (BOUCHARDAT) POUR BOISSON, BAINS ET LOTIONS.

M. le professeur BOUCHARDAT, passant en revue les différents produits sulfureux employés en pharmacie, s'exprime ainsi :

« J'ai publié, dans mon *Annuaire de thérapeutique de* 1873, l'extrait d'un article de M. Thommeret-Gélis, sur le sulfhydrate de sulfure de sodium, comme base des granules et des bains sulfureux préparés par lui. A la fin de cet article, j'ai commis une erreur, que je tiens à réparer. En prenant pour point de départ les observations d'Anglada, M. Quesneville adopta, comme base de ses bains sulfureux, *le monosulfure de sodium*, et non pas le *sulfhydrate de sulfure*, comme je l'ai dit à tort dans mon dernier *Annuaire*. Cette pratique fut généralement admise, et le nouveau Codex l'adopte. Cependant, dès 1838, un médecin hydrologiste des plus distingués, Fontan, la considérait comme erronée; il avait établi, en s'appuyant sur de très-bonnes expériences, que les eaux sulfureuses des Pyrénées étaient minéralisées par le sulfhydrate de sulfure de sodium. M. Béchamp confirma (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, tome LVII, p. 1080) la vérité des faits annoncés par Fontan. Si l'on veut donc se rapprocher, autant que possible, de la composition des eaux sulfurées-sodiques, on doit adopter le sulfhydrate de sulfure de sodium, comme l'a fait judicieusement M. Thommeret-Gélis.

« Nous allons maintenant chercher à apprécier les avantages et les inconvénients de chacune des combinaisons qui sont employées dans la préparation des bains sulfureux.

« Les polysulfures, à base de potassium ou de sodium (foies de soufre), ont une odeur des plus désagréables. Quand les doses sont trop élevées, le bain peut déterminer, à la peau, une vive irritation. Cette vive excitation de la peau peut donner lieu à l'érizonémie, à de la fièvre, qui forcent de suspendre l'emploi de la médication ou de modérer les doses. On voit, d'après cela, que l'état fébrile est une contre-indication formelle des bains sulfureux; les hémorrhagies, accompagnées de cet état fébrile, en éloignent également l'emploi. Par contre, on comprend sans peine quels services ils peuvent rendre dans les rhumatismes chroniques apyrétiques, dans la goutte vague anatomique, dans les dartres, dans les manifes-

tations externes de la scrofule ; ce sont de très-utiles agents pour détruire les parasites qui s'attaquent à la peau, et, dans les cas d'intoxication saturnine, pour neutraliser le plomb qui est éliminé par la peau ou qui la souille. Dans le traitement de la chorée, les bains au polysulfure ont souvent rendu des services.

« Les bains préparés avec le monosulfure de sodium, d'après les idées d'Anglada, comme cela a été adopté par M. Quesneville et par le Codex, sont incolores, moins odorants, moins désagréables que les bains préparés avec les polysulfures ; ils rendent les mêmes services, mais ils exercent comme ceux-ci, à cause de la causticité du composé qui leur sert de base, une action irritante sur la peau, qui force à en modérer les doses ou à en interrompre l'emploi.

« Les bains préparés, d'après les analyses de Fontan et de M. Béchamp, au sulfhydrate de sulfure de sodium, comme l'a adopté M. Thommeret-Gélis, sont incolores, ont peu d'odeur et n'ont pas plus d'action sur la peau que les bains naturels des Pyrénées, qu'ils remplacent très-convenablement. Ils ne déterminent pas la fièvre spécifique, que causent quelquefois les bains aux polysulfures. Comme les eaux sulfureuses naturelles, ils sont indiqués dans les conditions que j'ai précédemment citées et, de plus, dans les flux muqueux chroniques non fébriles, dans les phlegmasies superficielles des membranes muqueuses, et particulièrement dans le catarrhe chronique. On peut les essayer, comme pierre de touche, pour réveiller les manifestations syphilitiques chez les malades imparfaitement guéris. »

Il est inutile d'ajouter que les raisons en faveur de l'emploi du sulfhydrate de sulfure de sodium pour bains et lotions sont plus justifiées encore dans son emploi pour l'usage interne sous forme de granules ou dragées sulfureuses qui peuvent se prendre comme pilules ou en solution pour boisson, gargarisme et pulvérisation.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juin 1873. — Présidence de M. Bernutz.

SOMMAIRE. — Correspondance manuscrite et imprimée. — Nomination de M. Marrotte membre honoraire. MM. Bourdon, Moutard-Martin, Bucquoy. — Observation de *carreau terminé par perforation intestinale*, etc., par M. Ferrand. — Discussion sur les *perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax* : MM. Dujardin-Beaumetz, Moutard-Martin, Brouardel, Féréol.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre du docteur Lagoux, qui sollicite le titre de membre correspondant et qui envoie à l'appui de sa candidature un mémoire manuscrit, et la liste de ses titres antérieurs. (Renvoyé à une commission ; M. Moutard-Martin rapporteur.)

Une lettre de la Société d'Alsace-Lorraine, qui remercie la Société des médecins des hôpitaux de la sympathie qu'elle a témoignée aux Alsaciens-Lorrains.

Une lettre du docteur Fieuzal, secrétaire général de la Société du VIIIe arrondissement, qui prie la Société d'appuyer une pétition relative à l'exercice de la médecine en France par les docteurs étrangers. (Renvoyé au conseil de famille.)

La correspondance imprimée comprend :

Le n° 32 du *Journal de l'Union médicale de la Seine-Inférieure*, journal de la Société de médecine.

Le n° 3 du *Journal médical de la Mayenne.*

Les n°s 11 et 12 du *Lyon médical*, 5e année.

Les n°s 1 à 11 de la *Gazette médicale de Bordeaux.*

—

M. Bourdon, au nom du conseil de famille, rend compte de l'examen qui a été fait de la demande de M. Marrotte tendant à échanger le titre de membre titulaire en celui d'honoraire. Le rapporteur rappelle que M. Marrotte est membre fondateur de la Société, a été son président, a pris une part active à tous ses travaux. Le conseil a conclu à l'acceptation de la demande de M. Marrotte.

M. Moutard-Martin : Il a été convenu que l'on n'accorderait le titre de membre honoraire qu'à ceux des médecins des hôpitaux qui deviendraient honoraires des hôpitaux. Je tiens à rappeler cette convention antérieure, parce qu'il est bon qu'elle reste la règle.

M. Bucquoy : Le règlement n'a pas imposé de règle absolue, et il est bon que le titre de membre honoraire reste en quelque sorte la récompense de l'activité des membres de la

Société. M. Marrotte remplit toutes ces diverses conditions, et sa candidature ne peut soulever aucune opposition.

A l'unanimité, la Société accorde à M. Marrotte d'échanger son titre de membre titulaire en celui d'honoraire.

—

M. Ferrand lit une observation intitulée : *Carreau terminé par perforation intestinale et péritonite suraiguë, lombrics et rétention biliaire.* (Sera publiée prochainement.)

—

Discussion sur les perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax.

M. Dujardin-Beaumetz lit une note sur un cas d'hydropneumothorax avec expectoration albumineuse, à propos des perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax. (Voyez Union Médicale des 21 et 24 juin 1873.)

M. Moutard-Martin lit une note intitulée : *Discussion sur les perforations pleuro-bronchiques sans pneumothorax.* (Voyez Union Médicale du 24 juin 1873.)

M. Brouardel : Je désire attirer l'attention de la Société sur un point spécial de la communication intéressante de M. Féréol. L'absence de pneumothorax après l'ouverture d'une pleurésie dans les bronches, fait vrai dans un certain nombre de cas, ne peut pas expliquer l'absence de pneumothorax dans les observations d'expectoration albumineuse après thoracentèse, si celle-ci est due à une piqûre du poumon. Nous voulons spécifier quelles sont les conditions qui rendent compte de l'absence de la pénétration de l'air dans les kystes pleuraux ouverts dans les bronches, on verra quelle différence les sépare des kystes pleuraux après thoracentèse. Je ne parle ici que des pleurésies qui s'ouvrent spontanément dans les bronches, en particulier des pleurésies purulentes de volume moyen.

Nous savons que l'ouverture spontanée d'un épanchement pleurétique dans les bronches, ne se fait pas avant le vingt-cinquième ou le trentième jour. Elle survient alors que la poche de l'épanchement est enkystée, enveloppée de fausses membranes. Celle-ci forme donc une bourse complétement fermée, n'ayant qu'un orifice, celui qui s'est fait pathologiquement dans le poumon. Les parois de la poche sont constituées par des fausses membranes épaisses, dont le caractère principal est la tendance à la rétraction. Cette propriété est mise en évidence par les déformations du poumon dues au retrait des fausses membranes, et par la rétraction des côtes dont nous étudierons plus loin les causes. Au moment de la rupture, il sort de la bourse élastique la quantité de liquide qui est chassée par la rétraction de ses parois. Mais il n'y entre pas d'air, et aucune des forces auxquelles cette poche sera soumise ensuite ne sera capable de la dilater et d'y faire pénétrer de l'air.

L'air, en effet, n'y pourrait entrer que dans deux moments, pendant l'inspiration ou l'expiration, et surtout si la toux survient dans ce dernier instant. Or, dans ces deux conditions, les dimensions de la poche ne subiront que des changements insignifiants. Voyons, en effet, quelles sont les forces qui pourraient tendre à séparer les parois de la poche pleurale.

Si l'on se reporte à la physiologie de la respiration telle qu'elle s'accomplit normalement, on voit que l'expiration est due presque exclusivement à la rétraction des parois thoraciques sous l'influence de l'élasticité du poumon. Or, cette force élastique qui tend à écarter la plèvre pulmonaire de la plèvre pariétale a été mesurée. Elle ne dépasse pas comme puissance une force qui ferait équilibre à une colonne de 6 à 7 cent. de mercure (Bert, *Physiologie de la respiration*). Pendant l'inspiration, les muscles thoraciques luttent contre cette force élastique, et nous devons même noter que pendant l'expiration la tendance à la rétraction du poumon n'a pas été complétement satisfaite, et que la mesure de 6 à 7 cent. de mercure correspond au retour physiologique du poumon après perforation de la paroi thoracique. Nous arrivons à un point que je considère comme très-important. Pendant ces mouvements dont la force est mécaniquement mesurée, quelles sont les modifications qu'a subies la pression atmosphérique dans les bronches pulmonaires? Pendant l'inspiration, l'air pénètre dans le poumon, parce que la pression extra-bronchique diminue. Mais il ne faut pas croire que, même dans les petites bronches, la différence de pression entre l'air extérieur et l'air des alvéoles soit considérable. En effet, aussitôt que la pression diminue, l'équilibre tend à se rétablir par l'entrée de l'air glottique, par l'afflux du sang dans les réseaux alvéolaires, par le dégagement du gaz du sang veineux, acide carbonique et azote. En sorte que, pendant l'inspiration, on ne peut estimer à plus d'un centimètre de mercure, la différence de la tension de l'air dans les bronches et à la surface thoracique. Il en résulte que l'appel fait pour dilater la poche de l'épanchement est bien faible et certainement pas assez puissante pour lutter contre la rétraction des fausses membranes, que, par conséquent, l'air qui n'est même pas tout à fait à la tension extérieure, aura peu de tendance à entrer dans la poche pendant l'inspiration. Il y aurait plutôt appel du contenu de la poche.

Je profite de cette circonstance pour signaler une erreur de mécanique qui, sous le patronage de Laënnec, a régné sans conteste. Ce n'est pas par la pression atmosphérique que se déforment les côtes après la pleurésie. La différence de tension à la surface thoracique et à la surface bronchique varie, ainsi que nous l'avons vu, dans des limites qui ne dépassent pas 1 ou 2 centimètres de mercure, et, si pendant l'inspiration la tension dans les bronches est inférieure à la pression atmosphérique, pendant l'expiration la différence est en sens inverse. Ce n'est donc pas dans ces variations de pression qu'il faut chercher la cause des déformations thoraciques après la pleurésie, c'est dans le travail physiologico-pathologique des fausses membranes et leur tendance rétractive.

Pendant l'expiration, l'augmentation de la pression de l'air dans les bronches est trop faible pour agir sur la poche pleurétique. Ce ne serait que pendant les efforts de la toux que des secousses plus ou moins violentes pourraient expulser du liquide et faire pénétrer de l'air dans la cavité accidentelle, et celui-ci serait ensuite facilement expulsé, à moins que, par exception, des dispositions particulières ne soient venues y mettre un empêchement. Ces conditions semblent pouvoir dépendre du point où la poche s'est rompue ou de circonstances propres à l'ouverture elle-même. Il faut remarquer aussi qu'en général, pendant la toux, les parois costales sont immobilisées en expiration forcée, que le diaphragme et les muscles abdominaux sont les organes producteurs du mouvement.

En résumé, si les fistules broncho-pleurales sont suivies de pneumothorax, c'est que la plèvre étant libre, les côtes s'éloignent du poumon pendant l'inspiration, et que le poumon s'écarte des côtes par son élasticité; si les fistules pleuro-bronchiques ne sont pas suivies de pneumothorax, c'est que des fausses membranes non extensibles empêchent que les parois de la cavité de l'épanchement subissent le moindre écartement. On voit que ce ne sont pas les conditions d'un kyste pleural vidé par une ponction. Si alors une perforation pulmonaire a été produite, l'air trouve une poche pleurale toute disposée pour le recevoir et je dirai même pour l'appeler. Les deux cas ne sont donc pas comparables.

M. Féréol répondra dans la prochaine séance, mais il tient à invoquer de suite, comme prouvant la perforation pulmonaire dans la thoracentèse, la XVIe observation de M. Terrillon, dans laquelle on lit qu'une certaine quantité d'air est sortie par la canule aspiratrice.

Le secrétaire, Dr Brouardel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 avril 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Sommaire. — Suite de la discussion sur les méthodes d'extraction de la cataracte.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

M. Le Fort, pour sa part, a essayé les procédés les plus en vogue; il n'en a pas été satisfait; il est revenu au procédé de Daviel en y apportant de légères modifications. Il fait la ponction moins centrale et, en même temps, scléroticale; au lieu du couteau de Beer ou de Wenzel, il emploie le couteau lancéolaire de de Graefe, de beaucoup préférable, suivant lui, pour la partie surtout difficile du procédé de Daviel, la section de la cornée. Quant au reste de l'opération, il la pratique comme dans le procédé classique.

Cependant, il est des cas rares, du reste, où M. Le Fort pratique l'iridectomie de propos délibéré. Parfois, malgré l'usage de l'atropine, la pupille ne se dilate pas. On peut être sûr alors que l'ouverture pupillaire ne se dilatera que difficilement sous la pression du cristallin, et le mieux est de faire alors la kératotomie supérieure, en y joignant l'excision de l'iris avant la cystotomie.

Il paraît évident à M. Le Fort qu'après s'en être éloignés, les chirurgiens reviennent à la méthode de Daviel plus ou moins modifiée. Cela ne veut pas dire que les tentatives faites par les ophthalmologistes n'aient pas eu de résultats. De Graefe a montré que l'on pouvait dépasser le cercle extérieur de la cornée et exciser l'iris sans danger; ce sont là des points importants. Mais dans l'étude des progrès cherchés et réalisés, deux choses frappent douloureusement : le grand nombre des cas sur lesquels portent les statistiques publiées par les ophthalmologistes; l'absence à peu près complète de tout nom français dans l'histoire des progrès de cette partie de la chirurgie. M. Le Fort attribue cette déplorable infériorité de la chirurgie française à l'ostracisme absurde dont on a frappé, depuis vingt ou trente ans, en France, l'enseignement et la pratique des spécialités chirurgicales.

Après le discours de M. Le Fort, M. Trélat demande la parole pour exposer ses opinions personnelles sur la pratique de l'opération de la cataracte. D'abord, en ce qui concerne la difficulté de l'exécution de cette opération, il ne trouve pas qu'il y ait entre le procédé de

Daviel et celui de de Graefe une grande différence. Il a vu pratiquer l'opération de Daviel par M. Nélaton et par Roux, qui possédait le summum de dextérité opératoire; il a pratiqué plus tard les procédés de Daviel et de de Graefe, et il ne lui a point paru que l'un fût sensiblement plus difficile que l'autre. Tout compte fait, les difficultés se compensent dans les deux procédés, et les plateaux de la balance restent à peu près égaux.

M. Trélat a pratiqué 63 opérations de cataracte pour divers cas, les uns bons, les autres mauvais, les autres moyens. Dans huit cas, il a fait l'opération de Daviel; il a eu 5 succès et 2 insuccès; dans un cas, M. Trélat n'a pu suivre son opéré.

Suivant lui, l'opération de Daviel a deux écueils à redouter : l'évacuation totale de l'œil et le phlegmon; si l'on parvient à les éviter, les résultats de l'opération sont excellents.

Après avoir médité sur les résultats des opérations qu'il a pratiquées, tantôt par l'un, tantôt par l'autre procédé, M. Trélat s'est demandé quels caractères devait présenter l'incision pour satisfaire le plus possible aux conditions de l'opération. Il est arrivé à cette conclusion que l'incision la meilleure, au point de vue de la cure de la plaie, est une incision appartenant à un grand cercle de l'œil, n'importe sa situation centrale ou périphérique.

Toute incision, dont les lèvres abandonnées à elles-mêmes s'accolent naturellement, est la meilleure; or, c'est le caractère des incisions qui appartiennent à un grand cercle de l'œil. L'incision de Daviel ne répond pas à cette condition.

Une autre qualité de l'incision, c'est de permettre la sortie facile du cristallin. M. Trélat pense qu'une incision dont le point d'entrée serait situé sur l'extrémité d'une ligne horizontale passant à 2 millimètres au-dessous du bord supérieur de la cornée, et dont le point de sortie serait juste en avant du limbe sclérotical, réunirait les meilleures conditions. Elle se rapproche le plus possible d'un grand cercle de l'œil, elle est de dimension suffisante, d'un millimètre au plus supérieure au diamètre du cristallin.

Abordant la question de l'iridectomie, M. Trélat se demande s'il faut continuer à pratiquer cette partie de l'opération de de Graefe. Il répond affirmativement parce que, sans iridectomie, suivant lui, il n'y a que des opérations chanceuses. Il n'adopterait pas une pratique qui verrait dans l'iridectomie une sorte d'opération aléatoire que l'on ferait ou que l'on ne ferait pas, suivant les incidents de l'opération. Il est incontestable que la section irienne facilite singulièrement la sortie du cristallin; il faut, pour que le cristallin sorte, que le sphincter irien soit relâché.

En résumé, M. Trélat pense que les meilleures conditions de succès pour l'opération de la cataracte consistent : 1° dans l'incision formulée ainsi qu'il a été dit plus haut; 2° dans la conservation de l'iridectomie.

M. Giraud-Teulon dit que M. Trélat vient de poser très-heureusement les limites dans lesquelles se trouve circonscrit le débat : trouver, d'une part, le lieu de l'incision qui réunira à la fois les conditions d'élection pour la coaptation cicatricielle immédiate ou par première intention (l'incision linéaire suivant le grand cercle méridien), et, d'autre part, la plus large porte de sortie pour la cataracte. Tout est là, suivant M. Giraud-Teulon; c'est là que tendent tous les efforts depuis dix ans.

M. Trélat croit rencontrer ces conditions parfaitement réunies au lieu où M. de Wecker place son incision : « Ponction et contre-ponction de la sclérotique à *un* millimètre en dehors de la limite cornéenne, sur une ligne horizontale passant à *deux* millimètres au-dessous du bord supérieur de la cornée; *sortie* de l'instrument au niveau du bord supérieur de la cornée..... »

Ici M. Giraud-Teulon s'écarte un peu du sentiment de MM. Trélat et de Wecker. Il considère ce lieu de l'incision comme désavantageux sous le rapport de l'étendue et de la porte de sortie. M. Trélat a paru admettre qu'en ce lieu l'ouverture offerte à l'issue de la cataracte était égale à celle que l'on rencontre avec une incision linéaire moins excentrique. Si telle était sa manière de voir, elle serait erronée. Sans doute la corde de l'incision, sa base comme étendue en ligne droite, est sensiblement peu différente de la position ci-dessus décrite, de celle tracée même dans le diamètre transversal, quoique pourtant évidemment supérieure en cette dernière situation; mais ce qui diffère, c'est la longueur parcourue sur la cornée même : la hauteur de la voûte cornéale croît toujours depuis la périphérie jusqu'au centre de la surface de la cornée, où elle atteint son maximum. Aussi, en ce dernier point, pour une projection linéaire de peu supérieure en étendue, offre-t-elle une circonférence, et, par conséquent, une surface de plaie notablement supérieure. Il y a donc, sans conteste, au point de vue *de l'étendue en surface* de la porte de sortie, avantage indiscutable et notable à se rapprocher le plus possible du diamètre transversal.

Mais cet avantage a une contre-partie. En descendant l'incision vers le centre, en s'éloignant de la périphérie, on perd *malheureusement* du côté de la facilité et même des possibi-

lités de pratiquer l'iridectomie. Ce n'est point pour éviter ce temps de l'opération que M. Giraud-Teulon cherche à se rapprocher du centre de la cornée; dans son sentiment, l'iridectomie serait toujours plutôt un bienfait qu'un inconvénient. Ce qu'il trouve de regrettable dans ce procédé, c'est que, dans la plupart des cas, on n'y peut point faire l'iridectomie.

M. Trélat reproche avec raison au procédé, que ce temps de l'opération y joue le rôle d'alea, et il ne saurait admettre un plan opératoire avec cet *alea* comme élément prévu. M. Giraud-Teulon admet avec lui l'iridectomie comme un bienfait, dans ce procédé, mais il ne croit pas que les inconvénients de l'absence d'iridectomie l'emportent sur les avantages offerts par une porte de sortie maximum, tout étant égal d'ailleurs. Dans tous ses cas, il a eu à constater de ces inconvénients; presque toujours l'iris a été primitivement ou consécutivement plus ou moins attaché en haut à la plaie intérieure, par adhérence, tractus ou pincement. Ces sujets sont donc exposés théoriquement à ce que l'on connaît des suites possibles des synéchies marginales antérieures. Et c'est là évidemment un des mauvais aspects de cette méthode opératoire. Mais, jusqu'ici, aucun de ces effets consécutifs ne s'est montré. Chez tous, la vision est aussi parfaite qu'avec les autres procédés; et l'un de ces cas a déjà un an de date.

M. Giraud-Teulon en est donc encore à attendre des exemples de ces inconvénients qui, jusqu'à présent, n'existent qu'à l'état de prévisions purement théoriques. Si leur nombre arrive à compenser les mauvais effets des sorties laborieuses du cristallin, il sera le premier à abandonner un procédé qui n'aurait pas de raison d'être, puisqu'il ne serait pas un progrès. Jusqu'à présent, ses bons effets et la facilité de son exécution le recommandent à l'attention sérieuse des praticiens.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique à Bellevue.

JOURNAL DES JOURNAUX

De la pneumonie migrans, par le docteur FISCHL. — A force d'analyser avec cette minutie microscopique qui leur est particulière les symptômes cliniques et les altérations anatomiques, et à former des espèces et des variétés pathologiques suivant ces différences subtiles, les Allemands en arriveront à agrandir le cadre nosologique à l'infini; la nouvelle espèce de pneumonie est ainsi fondée sur deux observations de MM. Weigaud et Waldenburg, où l'inflammation pulmonaire passait alternativement d'un lobe à l'autre, c'est-à-dire du sommet à la base et même de gauche à droite et réciproquement. La maladie met ainsi un long temps à parcourir ses périodes, recommençant ici en finissant là, et atteignant même deux fois les mêmes parties, comme dans l'érysipèle migratoire ou ambulant.

C'est fondé sur cette distinction que M. Fischl relate un troisième cas de pneumonie migratoire chez une dame robuste, de 36 ans. Quatorze jours après le début, l'infiltration existait en arrière, à gauche et en haut; deux jours après, à la base du poumon droit, puis à la région sous-claviculaire gauche. Deux fois ces parties furent successivement envahies, les exsudats se développaient sans signes initiaux et étaient résorbés de même. La fièvre fut constante pendant six semaines, sans que les crachats, de nature catarrhale, aient jamais présenté la moindre trace de sang. (*Prager Vierteljakr*, n° 37.) — P. G.

Pathogénie de la rage. — A la dégénérescence constante des reins, signalée par le professeur Rudnew, de Saint-Pétersbourg, sur les chiens enragés autopsiés par lui, M. Dupont, vétérinaire distingué de Bordeaux, ajoute avoir constamment trouvé un état crispé et pelotonné de la vessie. Elle est dure comme un caillou et ramenée en arrière, sans modifications profondes dans sa texture. Depuis vingt-cinq ans, et dans de très-nombreuses autopsies de chiens enragés, il a toujours trouvé cet organe dans ces conditions aux différentes périodes du mal. La vacuité de la vessie, qui se rencontre parfois sur les cadavres d'animaux morts d'autres affections, diffère absolument de la crispation et de l'état de rétraction de ses fibres musculaires dans la rage.

Cette lésion correspond à la suppression absolue et constante de la sécrétion urinaire. D'après M. Dupont, elle serait la cause des symptômes de la rage, c'est-à-dire que l'urémie en résultant la produirait (*Société de méd. de Bordeaux,* avril).

Cette opinion s'accorde avec celle du professeur Rudnew, qui en trouve la base dans les altérations du rein; les faits sur lesquels elle s'appuie la corroborent et la fortifient. Mais on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il y a des contradictions formelles à faire de la rage une simple urémie. Celle-ci entraîne l'abaissement de la température, comme M. Bourneville l'a démontré, ce qui ne s'observe pas dans la rage, qui est une maladie essentiellement virulente et inoculable. L'état anatomique du rein et de la vessie est donc bien plutôt l'effet que la cause de la rage, sinon de l'anurie qui s'observe dans cette épouvantable maladie. — P. G.

De la phthisie névralgique, par le docteur CLIFFORD ALBUTT. — Les médecins anglais sont très-enclins à distinguer plusieurs variétés, sinon des espèces différentes de phthisie. Plusieurs admettent ainsi la phthisie fibroïde ou scrofuleuse; d'autres, la phthisie hémorrhagique, et voici que, fondé exclusivement sur les signes, un clinicien distingué introduit encore une nouvelle espèce correspondant à la phthisie nerveuse des anciens.

Ses caractères sont d'atteindre spécialement, sans rhume ni catarrhe antérieurs, des jeunes gens névropathiques, irritables, impressionnables, emportés, d'une intelligence précoce et ardente, et dans l'ascendance desquels on note la prédominance des névroses.

Des causes morales, un amour contrarié, une déception, sont seuls appréciables au début. L'appétit et le sommeil se troublent, la maigreur, l'anémie surviennent, puis la fièvre, et l'on ne découvre encore aucune indication stéthoscopique. L'induration du sommet, développée brusquement, n'est perceptible que plus tard, sans aucune influence physique appréciable; elle marche avec une telle rapidité, qu'en quelques semaines le poumon s'excave et la mort survient. L'autopsie révèle le plus souvent une pneumonie caséeuse rarement accompagnée de granulations et de tubercules (*Med. Times*, n° 40).

N'est-ce pas plutôt la prédisposition phthisique qui distingue ainsi constitutionnellement ces jeunes gens, que ces attributs physiques et moraux, communs à la plupart, ne les rendent phthisiques. Cette pathogénie nerveuse n'est donc pas fondée. La marche n'est pas toujours si rapide, et la phthisie revêt parfois chez ces sujets la forme torpide. L'hérédité est la cause la plus fréquente. Ce n'est pas même une forme particulière, c'est une superfétation. — P. G.

FORMULAIRE

POTION CONTRE LA GOUTTE AIGUE.

Teinture de semences de colchique.	10 à 15	gouttes.
Teinture de digitale.	10	—
Alcoolature d'aconit.	15	—
Hidrolat de laitue.	80	grammes.
Sirop des cinq racines.	20	—

F. s. a. une potion à donner par cuillerées de deux en deux heures, dans les accès de goutte aiguë. Ouate et taffetas gommé pour envelopper les jointures douloureuses. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 5 JUILLET 1820.

Ordonnance royale qui exige, à partir du 1er janvier 1821, le diplôme de bachelier ès lettres; et, de plus, à partir de 1823, celui de bachelier ès sciences, de tout aspirant au doctorat qui se présenterait pour prendre sa première inscription. — A. Ch.

8 JUILLET 1775.

André Albert, alors lieutenant général de police, écrit cette lettre à Alleaume, doyen de la Faculté de médecine de Paris :

« A Paris, le 8 juillet 1775.

« J'ai fait défendre, Monsieur, conformément à l'avis de la Faculté dont vous m'avez fait part, la distribution de l'imprimé du sr Lefèvre concernant son remède pour guérir les cancers. Et il lui a été également deffendu de distribuer ce remède. S'il faisoit connoître les personnes qu'il prétend avoir guéries, et qu'il fût question de faire des expériences, je ne pourrois que m'en rapporter au zèle de la Faculté, et je suis bien persuadé qu'elle prendroit les mesures nécessaires pour prévenir tous les inconvénients.

« J'ai l'honneur d'être très-parfaitement, Monsieur, votre très-humble et très-obéissant serviteur.

ALBERT. »

(Nous possédons cette lettre en original.) — A. Ch.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises.*) — *Ordre du jour de la séance du vendredi 11 juillet* 1873 : Suite de la discussion sur l'expectoration albumineuse survenant après la thoracentèse. — Rapport sur les maladies régnantes des mois d'avril, mai et juin 1873, par M. Ernest Besnier. — Lecture de M. Libermann sur les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans quelques affections chroniques des voies respiratoires.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS, — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au commencement du mois de juin dernier, l'Académie reçut une lettre de M. le ministre de l'instruction publique qui, sur la demande de son collègue, le ministre de la guerre, invitait ce corps savant à vouloir bien lui donner son avis sur le rôle que la pharmacie serait appelée à remplir dans la nouvelle organisation du service de santé militaire. Dans cette demande, le ministre de la guerre rappelait les trois systèmes qui sont en présence et sur lesquels la commission qu'il avait instituée à cet effet n'a pas pu s'entendre :

L'état et le fonctionnement actuel des choses qui résultent du décret dictatorial de mars 1852 ;

La fusion des deux professions en une seule, le service pharmaceutique étant fait par des médecins désignés à cet effet ;

La subordination de la pharmacie à la médecine, et comme conséquence l'autonomie du service médical, libre de toute entrave administrative et ne ressortissant plus qu'au commandement.

L'Académie nomma une commission de neuf membres, dans laquelle elle fit entrer les médecins militaires qu'elle possède dans son sein, des pharmaciens et des médecins civils, désintéressés dans la question.

Cette commission est venue hier faire son rapport par l'organe de M. Broca.

Certes, voilà une commission zélée et qui n'a pas perdu son temps.

Il est vrai que, pour expliquer cette rapidité, M. le président a rappelé les termes pressants de la lettre du ministre de la guerre, la présentation à l'Assemblée nationale du projet de loi sur l'organisation de l'armée, et l'imminence de la discussion qui va s'ouvrir sur ce sujet. Mais, comme pour tempérer un peu l'empressement très-visible d'une partie de l'Académie, M. Poggiale a cru pouvoir annoncer que la partie du projet de loi relative à l'organisation du service de santé avait été distraite du grand projet de loi, qu'elle ferait l'objet d'un projet de loi spécial, et qu'il n'y avait aucune urgence pour l'Académie à aller aussi vite en besogne.

L'Académie n'en a pas moins voulu entendre le rapport, après des réserves faites par MM. Bussy et Poggiale tendant à n'ouvrir la discussion qu'après impression et distribution du rapport.

FEUILLETON

DE L'EMBAUMEMENT CHEZ LES ANCIENS ET CHEZ LES MODERNES ;

Par le docteur J.-P. SUCQUET.

La lecture de ce volume m'a paru si intéressante et si instructive, que je n'hésite pas à lui consacrer un article spécial en dehors des limites ordinaires du MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE.

Fruit de longues méditations, d'études pratiques persévérantes, d'expériences aussi nombreuses que variées, cet ouvrage se fait en outre remarquer par un style simple et précis dans les détails techniques, élevé et souvent imagé dans l'exposition des principes.

Je suis loin d'accepter toutes les idées du docteur Sucquet sur l'embaumement en général, et sur la momification égyptienne en particulier, mais je me hâte de reconnaître que ses procédés sont les plus sûrs, les plus logiques et les mieux adaptés à nos exigences modernes.

Les méthodes d'embaumement, les solutions salines qu'il préconise pour la conservation des pièces anatomiques, et pour la salubrité des salles de dissection, forment, pour cet honorable confrère, des titres réels à la reconnaissance de la science et de l'humanité.

On peut définir l'embaumement, l'ensemble des préparations que l'on fait subir aux cadavres pour les préserver de la putréfaction et de la destruction par les insectes, et dans lesquelles primitivement les baumes et les matières aromatiques jouaient un rôle essentiel.

Sa raison d'être reconnait pour cause le désir de conserver les restes mortels des personnes

Par l'animation que cet incident a soulevé, il est facile de prévoir que cette discussion sera chaude et animée.

M. Broca a donc lu son rapport.

Ce rapport a fait connaître un incident qui s'est produit dans le sein même de la commission, incident dont nous avions été instruit, mais auquel nous n'avions pas voulu donner de la publicité : les trois pharmaciens qui faisaient partie de la commission, MM. Bussy, Poggiale et Gobley, ont cru devoir se retirer avant la fin des travaux de cette commission. Les motifs de cette retraite n'ont pas été donnés; ils le seront sans doute dans le cours de la discussion, car les trois honorables académiciens qui ont cru ne pouvoir plus participer aux travaux de leurs collègues ne resteront pas sous le coup du blâme assez vif que le rapporteur leur a infligé.

L'Académie, à une très-grande majorité, a renvoyé la discussion de ce rapport à la séance prochaine, c'est-à-dire après l'impression et la distribution de ce travail; c'était justice. Nous imiterons la prudence de l'Académie, et nous attendrons aussi l'impression de ce document.

Disons seulement que la commission a rejeté le système du *statu quo*, qu'elle a repoussé le système de la fusion, et qu'elle s'est ralliée au système de la subordination de la pharmacie à la médecine, avec autonomie du service et indépendance de toute autorité administrative.

Ce rapport va évidemment soulever une très-vive discussion. La pharmacie n'acceptera pas sans une résistance opiniâtre le système de sa subordination à la médecine. Elle préférera le système actuel qui subordonne médecine et pharmacie à l'autorité administrative, c'est-à-dire à l'intendance. Celle-ci, qui voit son influence menacée par la demande d'autonomie du service médical, fera cause commune avec la pharmacie pour obtenir le maintien du système actuel. Là est le danger pour la pharmacie. Ceux qui croient, — et nous sommes de ce nombre, — que la pharmacie est utile, est nécessaire dans le service sanitaire de l'armée, voudraient la voir se dégager nettement et carrément des entraves administratives et de sa sujétion à l'intendance. En s'opposant à sa subordination à la médecine, elle tombe, ou plutôt elle reste sous la subordination de l'intendance dont la médecine, depuis si longtemps et si légitimement, cherche à s'affranchir. On ne voit pas de moyen terme entre ces deux alternatives faites à la pharmacie : sa subordination à l'intendance ou à la médecine. Quelle serait la moins déprimante, la moins amoindrissante pour la pharmacie? C'est à elle à bien apprécier cette situation et à bien

---

qui nous ont été chères, ou de celles qui ont jeté quelqu'éclat par leur rang, leur puissance, leur génie.

A priori, l'embaumement doit constituer un fait anormal, exceptionnel, puisqu'il place un être qui a été organisé et vivant, en dehors des métamorphoses ordinaires de la décomposition et de la putréfaction.

Dans l'harmonie des mondes, une loi primordiale, antérieure à toute civilisation, préexistante à la création même de l'homme, établit un échange perpétuel entre la vie et la mort.

Les nuages de l'atmosphère arrivés à un certain degré de condensation, se résolvent en pluie, mais la pluie s'évapore bientôt à la surface de la terre, et s'élève dans l'atmosphère sous forme de vapeurs et de brouillards qui, en s'amoncelant, reconstituent les nuages.

De même, lorsque la vie abandonne les êtres organisés, leurs cadavres sont rendus à la terre, et de la décomposition qui en résulte naissent des produits et des éléments qui portent dans cette terre même la fertilité et la vie.

Le corps doit rendre à la terre les éléments qu'il en a reçus : il faut laisser la nature faire son œuvre ; toujours la vie naîtra de la mort. L'horizon de l'homme ne contient l'infini ni dans le temps, ni dans l'espace. Autour de lui tout cesse, tout renaît; ses dépouilles mortelles auront le sort commun, et la nature reprendra toujours ses prérogatives n'importe par quelles voies, connues ou inconnues.

En se plaçant au point de vue de nos idées religieuses, d'aucuns pensent que le principe de l'embaumement est contraire au précepte de l'Écriture sainte, formulé dans ces paroles : *Memento homo ut pulvis es et in pulverem reverteris.*

Quoi qu'il en soit, félicitons nous de ce que l'embaumement n'ait pas été pratiqué sur une vaste échelle et par tous les peuples depuis la création du monde, car, à cette heure, l'on trou-

comprendre que l'opinion de l'Académie, puisqu'elle a été officiellement consultée, aura une grande influence sur le gouvernement et sur l'Assemblée.

En tout état de cause, il paraît opportun de recommander à tout le monde la modération et surtout la préoccupation exclusive du bien général et des intérêts de l'armée.

Cela seul est en cause et non une vaine question de prééminence professionnelle.

PATHOLOGIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE SURVENANT A LA SUITE DE LA THORACENTÈSE ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 27 juin 1873,

Par M. Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Messieurs,

Je n'ai pas le projet, en intervenant dans la discussion actuellement pendante, de reprendre en sous-œuvre l'examen des diverses théories qui ont été proposées pour expliquer le fait de l'expectoration albumineuse survenant à la suite de la thoracentèse; MM. Dujardin-Beaumetz, Moutard-Martin et Woillez, d'une part, M. le professeur Béhier, d'autre part, ont, dans leurs savantes dissertations, épuisé l'argumentation, et c'est au promoteur de ces débats, à M. Féréol, qu'il appartient de les résumer; je me propose simplement : 1° de rétablir quelques points de l'historique de la question, qui ne me paraissent pas avoir été suffisamment mis en lumière; 2° de faire connaître un travail plein d'intérêt sur le sujet qui nous occupe, communiqué à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux dans la séance du vendredi 30 mai 1873, par M. le docteur Louis Lande.

I

Le fait de l'expectoration, après l'opération de la thoracentèse, d'un liquide analogue au liquide de ponction et la théorie de ce phénomène clinique, telle qu'elle semble aujourd'hui le plus généralement adoptée, ont été indiqués en termes absolument précis, en 1853, par M. le docteur Pinault (Hippolyte-Armand), ancien interne des hôpitaux de Paris, et actuellement médecin très-distingué à Château-

---

verait difficilement, sur la surface du globe terrestre, l'espace nécessaire pour de nouvelles stratifications de momies.

Ceci bien établi, je vais suivre le docteur Sucquet à travers les divers chapitres de son livre, en intercalant dans cette exposition sommaire les réflexions ou les critiques que me suggéreront et l'étude des faits et les enseignements de l'histoire.

La pratique des embaumements remontant aux temps les plus reculés de la civilisation égyptienne, notre savant confrère se demande quelle fut dans cet antique pays la cause de cet art.

« Fut-il un témoignage de l'union des familles égyptiennes, union exemplaire à l'encontre « de toute l'antiquité?

« Aurait-il été une mesure d'hygiène publique?

« Doit-il être rattaché plutôt aux dogmes religieux? »

Je le crois, ajoute-t-il.

« Au milieu de nos sociétés modernes si compliquées nous avons de la peine à reconstruire « par la pensée l'état de ces premières colonies humaines conduites par des colléges de « prêtres, possesseurs discrets des premières recettes empiriques nécessaires à la vie des popu- « lations. La théocratie égyptienne assit son crédit non-seulement sur les services matériels « qu'elle rendait, mais encore sur un spiritualisme très-élevé.

« L'ordre qu'elle institua sur les bords du Nil avait été réglé comme l'ordre de tout l'uni- « vers par la Divinité créatrice du ciel et de la terre. Ce qui était avait été et devait être « sans retour. Dans cet enchaînement d'idées l'embaumement formait le symbole matéria- « lisé de cette immuabilité même au delà de la vie, même dans la mort.

« Après les expiations de l'amenthès, l'âme, sous la figure de l'épervier à tête humaine,

roux (1); quelques-uns des auteurs qui ont traité le même sujet, et notamment M. le docteur Terrillon, dont on ne saurait trop louer l'excellente dissertation (2), n'ont pas omis d'indiquer très-exactement l'auteur et son œuvre, mais j'ai pu me convaincre par la lecture des plus récents travaux, et par la discussion même qui suit devant vous son cours, que le texte de la thèse de M. Pinault n'était pas généralement connu, et qu'il y avait intérêt et justice à renouveler ici la citation en la complétant.

A la page 16 de sa dissertation, M. Pinault, étudiant les phénomènes qui se passent dans l'appareil pulmonaire décomprimé, a présenté avec la plus grande simplicité et la plus grande netteté le tableau de ces phénomènes dans leur rapport avec l'expectoration albumineuse. Voici textuellement ses paroles :

« L'action de l'air sur les cellules pulmonaires s'exerce non-seulement au moment de l'opération, mais encore pendant les jours suivants; les symptômes de bronchite, l'expectoration abondante, les râles sous-crépitants qui surviennent alors, doivent lui être attribués autant qu'à la suractivité qui se produit dans tout l'organe pulmonaire.

« Ces symptômes de bronchite, ou plutôt de bronchorrhée, ont persisté, chez presque tous nos malades, jusqu'à sept et huit jours après l'opération; chez quelques-uns, l'expectoration a été excessivement abondante; ainsi, celui qui fait le sujet de la dernière observation a rendu, dans la journée même où il a été opéré, deux pleins crachoirs d'un liquide séreux, verdâtre, *ressemblant à celui qui avait été extrait de la plèvre;* évidemment, ce liquide avait trop d'analogie avec un liquide séreux pour être regardé comme un produit de sécrétion *ordinaire* de la muqueuse bronchique; de plus, l'*absence des signes du pneumothorax* devait nous empêcher d'admettre l'existence d'une fistule pleuro-bronchique, à travers laquelle ce liquide se serait fait jour à l'intérieur des bronches.

« Nous devons regarder ce fait comme excessivement curieux et l'attribuer peut-être aux nouvelles conditions physiques dans lesquelles se trouve le poumon; *en effet, quoique ressemblant au liquide séreux de la plèvre, les matières expectorées ne peuvent cependant pas venir de l'intérieur de cette cavité;* leur formation doit plutôt être attribuée à l'activité qui se produit tout à coup dans la circulation pul-

(1) *Considérations cliniques sur la thoracentèse.* (Thèse de Paris, 1853.)

(2) *De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse.* (Thèse de Paris, 1873.)

« retournait vers le corps embaumé pour s'unir à lui de nouveau, et pour entrer avec lui « dans la lumière divine. »

Je ne saurais admettre aucune de ces trois raisons comme cause essentielle et déterminante.

L'union des familles chez un peuple qui croyait à la métempsycose, n'exigeait pas impérieusement la conservation au delà du tombeau de restes chéris.

A quoi bon d'ailleurs conserver un corps dont une partie notable était rendue à la terre, ou même jetée avec indifférence, dont les formes étaient altérées, les organes mutilés, les traits décomposés ou présentant une image dans laquelle on ne pouvait, la plupart du temps, reconnaître celui qu'on regrettait?

L'embaumement ne pouvait dériver simplement d'une mesure d'hygiène publique, puisque des procédés analogues n'étaient pas appliqués aux animaux, qui cependant se multipliaient d'une manière effrayante sur le sol.

Je ne saisis pas bien le rapport qui pouvait exister entre les idées religieuses et les pratiques de la momification, du moment où l'âme, après les expiations de l'enfer, devait aller animer un autre corps, s'incarner immédiatement dans un autre animal (1).

Je crois donc, et je formule ma croyance avec les paroles mêmes du docteur Sucquet, que l'embaumement « a été un produit original de l'Égypte, et que la nature y fit pour lui plus que les hommes. »

C'est en l'imitant de son mieux que l'art a pu se substituer à elle. Lorsqu'un voyageur

(1) Les Égyptiens, dit Hérodote, ont avancé que l'âme de l'homme est immortelle; que, lorsqu'elle vient à périr, elle entre toujours dans celui de quelque animal, et qu'après avoir passé successivement dans toutes les espèces d'animaux terrestres, aquatiques, volatiles, elle rentre dans un corps d'homme; ces différentes transmigrations se font dans l'espace de trois mille ans.

monaire, et surtout à l'afflux considérable du sang, qui fait que sa partie la plus liquide transsude à travers les membranes, pour faire pleuvoir à la surface de la muqueuse bronchique des quantités quelquefois très-considérables de sérosité. »

On ne saurait être plus clair, plus net, plus précis; et il ressort évidemment de ce passage de la thèse du docteur Pinault, que le phénomène de l'expectoration albumineuse à la suite de la thoracentèse est signalé depuis plus de vingt ans, et que l'auteur en avait, dès cette époque, donné une théorie qui semble devoir sortir tout à fait établie de la discussion actuelle.

II

Au moment même où M. Féréol soumettait à la Société des hôpitaux la question qui fait l'objet de cette discussion, M. le docteur Louis Lande communiquait à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux une étude pleine d'intérêt sur l'expectoration albumineuse après la thoracentèse (1), dont je viens à l'instant d'achever la lecture, et dont je veux vous donner séance tenante un aperçu rapide.

L'auteur émet d'abord cette idée, très-certainement vraie, que l'expectoration dont il s'agit est beaucoup plus fréquente que ne semble l'indiquer le nombre des cas publiés; je ne ferai qu'une réserve motivée par la nécessité de ne pas comprendre sous la même dénomination toutes les expectorations consécutives à la thoracentèse, et de catégoriser soigneusement les cas.

M. Lande a eu, pour sa part, l'occasion d'observer deux fois le phénomène signalé pour la première fois par M. Pinault.

Premier cas. — Thoracentèse pratiquée, avec l'appareil Dieulafoy, sur un sujet de 21 ans. Le trocart (n° 3) est enfoncé de 4 centimètres; issue de 3,000 grammes de liquide; à la fin seulement, quelques quintes de toux; aucun écoulement sanguin, bien que le poumon soit venu, à plusieurs reprises, toucher l'extrémité de la canule; une demi-heure après la fin de l'opération, quintes très-fatigantes, accompagnées d'une expectoration très-abondante, très-mousseuse, et comparable au liquide provenant de la thoracentèse; ce phénomène a duré environ douze heures; à l'auscultation, il y avait des râles sous-crépitants fins dans toute l'étendue du poumon. — Guérison rapide.

Deuxième cas. — Thoracentèse pratiquée sur une femme de 25 ans, avec l'appareil de Potain. Trocart enfoncé assez profondément, la malade étant très-grasse; 1,800 grammes de liquide évacués; pas de toux; pas d'évacuation de sang. Une heure après l'opération, quintes

(1) *Gazette médicale de Bordeaux*, 5 et 20 juin 1873, nos 11 et 12.

---

trouve la mort dans les sables de l'ancienne Lybie, son corps desséché par un vent brûlant, recouvert par des nuages de poussière ardente, peut être momifié sans aucune intervention de l'homme.

Ce fait naturel forme le point de départ de l'embaumement. Il explique les couches de momies stratifiées sur du charbon dans les plaines de Saqqarâh, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir et l'hygiène publique, et les dogmes religieux.

Partant de ce principe que l'art profondément local des embaumements n'a pu se développer que sur un sol brûlé par le soleil, que dans un pays où les lacs fournissaient la matière première, c'est-à-dire le natrum, suivons-le dans ses phases successives depuis les temps historiques les plus reculés jusqu'à nos jours.

De l'embaumement égyptien. — Quel fut, en réalité, la méthode d'embaumement des Égyptiens?

Il faut chercher la solution de ce problème dans les récits d'Hérodote (450 ans av. J.-C.) et dans les recherches de Rouyer, membre de l'expédition scientifique d'Égypte.

D'après Hérodote, on obtenait la momification par trois procédés divers, qui tous exigeaient un laps de 70 jours imposé par la loi.

Dans le premier, après avoir fait subir aux viscères certains préparatifs, on remplissait le corps de myrrhe, de cannelle, de parfums.

Dans les deux autres, après avoir injecté le cadavre avec une liqueur onctueuse tirée du cèdre, ou avec la liqueur surmaïa, on le soumettait à l'action du natrum pendant les 70 jours de rigueur.

Rouyer nous apprend que l'embaumement était le résultat de deux opérations bien raisonnées.

de toux; évacuation de plus d'un litre de liquide, un peu visqueux, tout à fait comparable au liquide de ponction. A l'auscultation, râles sous-crépitants dans toute l'étendue du poumon. — Guérison rapide.

Ces deux faits sont très-intéressants; et, bien que l'analyse chimique des liquides expectorés n'ait pas été faite, on ne saurait leur contester la plus parfaite analogie avec les cas d'expectoration albumineuse; on remarquera que, dans les deux cas, les signes stéthoscopiques observés sont bien ceux qui doivent accompagner la congestion séreuse du poumon, et que, dans tous les deux, le phénomène a paru plutôt favorable que nuisible à l'évolution ultérieure de la maladie.

En tenant compte de l'absence des signes du pneumothorax, de l'existence des rhonchus sous-crépitants, de l'absence d'expectoration sanglante, M. Lande rejette sans hésiter l'idée de perforation traumatique pulmonaire; quant à l'existence d'une perforation spontanée ou d'une filtration du liquide de la plèvre, il la repousse également, en se basant surtout sur la rareté relative du phénomène et aussi sur sa durée fugace.

Envisageant ensuite, au point de vue pratique, l'importance de cet accident, et tout en reconnaissant qu'il peut, en lui-même, avoir une issue funeste par le fait même de l'abondance de l'effusion intra-pulmonaire amenant l'asphyxie par écume bronchique, M. Louis Lande fait remarquer de la manière la plus judicieuse que, dans les deux cas de mort observés à l'hôpital Saint-Antoine et à la Clinique de Marseille, il y avait, indépendamment de l'épanchement qui avait nécessité la thoracentèse, une lésion du côté opposé de la poitrine subsistant après l'opération, et à laquelle doit être rattachée la rapidité de l'asphyxie qui survient quand le poumon décomprimé est envahi par le profluvium séreux.

Après une discussion succincte, mais extrêmement précise, et empreinte d'un grand sens médical, M. Louis Lande arrive aux conclusions suivantes, qui résument clairement et pratiquement l'état actuel de la question :

« L'expectoration albumineuse après la thoracentèse est due à la congestion pulmonaire causée par l'irritation du contact de l'air.

« Cet accident, le plus souvent sans gravité, peut, dans quelques cas exceptionnels, entraîner la mort lorsque le poumon du côté opposé à l'épanchement est lui-même atteint d'une lésion qui gêne son jeu normal, restreint l'hématose, et ne permet qu'un faible courant d'air dans les mouvements respiratoires.

« Dans ces cas, on devra insister sur un traitement médical énergique, dirigé

La première avait pour but de soustraire de l'intérieur du corps ce qui pouvait devenir une cause de corruption pendant le temps destiné à le dessécher. (Emploi des résines odorantes, des bitumes.)

La deuxième tendait à éloigner des corps tout ce qui aurait pu par la suite en causer la destruction. (Étuve, chaleur, substances résineuses s'unissant intimement aux chairs et les conduisant à parfaite dessiccation.)

Rouyer rapporte toutes les momies qu'il a étudiées à trois types principaux : les unes desséchées au moyen de substances tanno-balsamiques; les autres salées (natrum); les troisièmes remplies d'un bitume noirâtre.

Le nombre des bandes et la qualité de la toile variaient selon la position de fortune des personnes.

Le docteur Sucquet pense avec raison que l'embaumement égyptien se trouve nettement caractérisé par ce séjour du corps dans le natrum (70 jours), prescrit et réglementé par la loi.

L'extraction des viscères, l'emploi du bitume, de la liqueur surmaïa, du pisasphalte, des bandelettes plus ou moins agglutinatives, ne constituent que des moyens accessoires.

« L'embaumement égyptien n'était donc ni une salaison, ni une consomption des chairs, la « peau et les os exceptés; c'était une desquamation d'abord, une conservation et une dessicca- « tion ensuite du derme, à la faveur de laquelle les liquides profonds s'évaporaient naturelle- « ment au bout de soixante-dix jours, sous l'influence d'un climat très-sec. » (P. 37.)

DE L'EMBAUMEMENT DANS LA PÉRIODE GRÉCO-ROMAINE. — Notre savant auteur s'est tellement épris de son sujet, qu'il en recherche partout et quand même le côté poétique.

D'une part, il reconnaît (ce qui est incontestable) que l'art des embaumements est tout

tant contre l'épanchement que contre la complication pulmonaire du côté opposé, et ne pratiquer la thoracentèse qu'à la dernière extrémité.

« Enfin, si l'opération est rendue inévitable, elle devra être dirigée de telle sorte que l'évacuation du liquide soit produite avec une très-grande lenteur. »

J'ai tenu à vous lire textuellement les conclusions formulées par M. Lande, parce qu'elles représentent à tel point le côté actuellement vrai et pratique de la question qu'elles se confondent entièrement avec celles qui ont été formulées par M. le professeur Béhier dans sa remarquable leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu le 13 juin, et dans laquelle les points saillants du sujet, envisagés au point de vue théorique et au point de vue pratique, ont été mis en lumière par le savant maître avec la plus grande précision et la plus grande netteté.

« Si vous avez affaire, dit M. Béhier, à une pleurésie exigeant la thoracentèse, et que vous constatiez que l'autre poumon est malade, lui aussi, et présente des signes de tuberculose, de pneumonie ou de bronchite étendue, ne renoncez pas pour cela aux bénéfices de l'opération, mais mitigez-la en la rendant moins rapide et moins radicale. Au lieu de soustraire brusquement la totalité ou même la majeure partie du liquide pleurétique, et d'exposer ainsi le poumon à l'irruption violente de l'air et de l'œdème aigu consécutif, usez de prudence, et ne faites que des évacuations partielles et successives de 200 à 300 grammes de liquide, par exemple. Le poumon pourra ainsi se dilater graduellement, et petit à petit; il ne sera pas surpris par l'afflux trop considérable du sang, et trouvera toujours des forces suffisantes pour se débarrasser de la transsudation séreuse insignifiante qui pourra se produire. On évacuera ainsi successivement et graduellement le liquide épanché, chose d'autant plus facile aujourd'hui que, avec les appareils capillaires et aspirateurs, le traumatisme de la plèvre se réduit à une piqûre absolument insignifiante et inoffensive (1). »

Le mémoire de M. Louis Lande est suivi d'un appendice dans lequel l'auteur soumet à la discussion le travail de M. Féréol, dont il vient de prendre connaissance, et dont il tient à juste titre le plus grand compte; je laisse à mon savant

(1) Cas de mort très-rapide après la thoracentèse; recherche de la cause; enseignements scientifiques et pratiques qui en découlent. Leçon faite le 13 juin 1873, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, par M. Béhier, recueillie par MM. les docteurs H. Liouville et J.-S. Straus, et publiée dans les nos 74 et 75 de l'UNION MÉDICALE.

---

local, qu'il devait commencer et finir sur les bords du Nil des Pharaons. D'autre part, il veut démontrer (ce qui est plus qu'hypothétique) que « l'embaumement n'est pas un fait brut et « sans liaison avec la pensée générale d'un peuple. Il dérive, au contraire, d'un ordre de sen- « timents ayant plus ou moins cours dans certaines civilisations. Suivant que la personnalité « humaine y est plus ou moins respectée dans les institutions publiques et privées, l'homme « s'élève aux yeux de l'homme. »

Il est difficile d'admettre que le sentiment de l'humanité a fait défaut à toute l'antiquité gréco-romaine, par cela seul qu'elle n'a pas embaumé les restes mortels de ses proches ou de ses grands hommes.

Quoi qu'il en soit, voici les tentatives d'embaumement que l'on rencontre dans cette période :

Homère nous apprend qu'on versa plusieurs fois du nectar et de l'ambroisie dans les narines de Patrocle, afin de conserver son corps. Les Grecs préservaient temporairement de la décomposition certains de leurs morts (Agésilas, Alexandre-le-Grand) en les recouvrant de miel; les Perses ensevelissaient les grands personnages dans de la cire; les Éthiopiens dans de la gomme; les juifs remplissaient les cercueils de myrrhe, d'aloès et d'autres aromates.

(*A suivre.*)

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

Éphémérides Médicales. — 10 JUILLET 1756.

Une ordonnance publiée à Saint-Pétersbourg prescrit, à tous les médecins et chirurgiens de l'Empire russe, de tenir des journaux exacts des maladies qu'ils traitent ; de détailler les procédés qu'ils suivent pour les guérir, et les effets avantageux ou nuisibles que les remèdes produisent, et de déposer régulièrement ces journaux, tous les trois mois, au principal greffe du lieu de leur domicile.

Nous ne savons les peines encourues par les médecins qui contrevenaient à cet ukase. — A. Ch.

collègue et ami le soin d'inscrire M. Louis Lande sur la liste de ses argumentateurs les plus courtois, mais je veux compléter ce que peut avoir d'utile cette modeste communication en ajoutant ici, aux deux relations déjà données plus haut, un extrait de deux nouvelles observations d'expectoration albumineuse après la thoracentèse :

TROISIÈME CAS. — Malade de la clinique de M. H. Gintrac, auquel la thoracentèse a été pratiquée ces jours derniers par M. Franck, interne du service : 2,600 grammes de liquide extraits ; expectoration de 50 à 60 grammes seulement. Le liquide était citrin, recouvert d'une écume très-persistante ; il avait la consistance du blanc d'œuf ; au microscope, un grand nombre de cellules épithéliales pavimenteuses. L'*acide azotique le coagulait en masse.* LA QUANTITÉ D'ALBUMINE ÉTAIT ÉNORME, DOUBLE DE CELLE QUE CONTENAIT LE LIQUIDE DE L'ÉPANCHEMENT. Circonstance particulière à noter : le malade, opéré le lundi matin, n'était souffrant que depuis le jeudi précédent, et les renseignements qu'il avait fournis ne permettaient pas de douter de l'exactitude de ses assertions.

Dans cette observation, les caractères du liquide expectoré sont très-remarquables, et tout à fait semblables à ceux que j'ai observés chez le malade que j'ai opéré en 1863, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Monneret, que je remplaçais temporairement. J'ai constaté alors le premier, je crois, ce caractère spécial de la coagulation des crachats à l'aide de l'acide nitrique et de la chaleur, ainsi que mon savant maître et ami M. Woillez a bien voulu le reconnaître dans son *Traité* et dans sa récente communication à la Société des hôpitaux ; je n'ai rien publié de spécial à cet égard, mais l'observation a été insérée, à mon insu, en 1864, dans une thèse de la Faculté, et on y trouvera les lignes suivantes : « Les quintes de toux qui se sont manifestées pendant l'opération n'ont cessé que le soir, et ont provoqué l'expectoration de deux verres de sérosité jaunâtre, filante, gommeuse, recouverte d'une mousse écumeuse analogue, par son aspect et sa consistance, au liquide extrait de la plèvre. *Ce liquide ne rappelle aucune variété de crachats ; par la chaleur et l'acide nitrique, il donne un abondant précipité d'albumine* (1). »

Quatrième cas, observé et rapporté par le docteur A. de Fleury :

Homme de 38 ans, alcoolique. Thoracentèse : 1,400 grammes d'un liquide séreux obtenus sans difficulté ; ni pus, ni sang. Soulagement immédiat. Dans le courant de la nuit, plusieurs heures après l'opération, le malade est pris d'une toux très-fréquente et suivie, constamment, d'expectoration d'un liquide écumeux, séreux, absolument identique à celui que la ponction a extrait de la plèvre. *Cette expectoration a duré quarante-six heures,* et s'est graduellement supprimée ; sept ou huit serviettes ont été remplies du liquide ainsi rejeté.

OBSTÉTRIQUE

SUR LA PROPRIÉTÉ OCYTOCIQUE DU SULFATE DE QUININE.

Dans le numéro de l'UNION MÉDICALE du 27 mai 1873, M. P. Garnier, après avoir relaté les observations de plusieurs médecins italiens et belges, ainsi que les expériences de M. Rancillia, vétérinaire à Caen, déclare que l'action abortive du sulfate de quinine et que son innocuité sur le fœtus lui paraissent établies et hors de toute contestation. Je me suis cru dès lors autorisé à faire l'essai de cette nouvelle médication qui avait réussi sur des animaux, là où le seigle ergoté s'était montré inefficace.

Voici le fait dont il s'agit : Appelé hier, 1er juin, à huit heures du matin auprès d'une jeune femme en couches, je constate ce qui suit : 22 ans, primipare, bien conformée, constitution lymphatique, santé bonne, grossesse arrivée normalement à son terme. Le travail a débuté la veille vers sept heures du soir, et s'est manifesté par des contractions irrégulières et sujettes à des intermittences. A trois heures du matin, rupture de la poche des eaux qui se sont écoulées avec assez d'abondance. Puis cessation presque complète des douleurs qui ne

(1) Je dois avertir les auteurs qui feront le relevé des cas d'expectoration *certainement* albumineuse, publiés antérieurement, que les observations VII et XVIII de l'excellente thèse de M. Terrillon ne font en réalité qu'une seule et même observation du fait qui m'appartient et que j'ai communiqué personnellement à MM. Woillez et Marrotte, mais dont la relation avait été antérieurement, à mon insu, insérée dans une thèse de la Faculté.

consistent plus qu'en quelques bouffées rares et sans énergie. La tête est encore au-dessus du détroit supérieur. La dilatation du col est presque complète, ses bords sont mous. Le doigt indicateur peut contourner tout l'ovoïde de l'extrémité céphalique du fœtus, et constater que l'arrêt du travail ne dépend pas d'une position vicieuse. Les battements du cœur de l'enfant sont énergiques; l'état général de la parturiente est bon, et la sage-femme qui l'assiste me dit que depuis cinq heures les choses sont restées telles que je les vois.

Ne trouvant aucune indication pressante à remplir, je me borne à recommander la marche dans la chambre et l'usage de boissons légèrement excitantes. A onze heures, il n'y a aucun progrès d'opéré dans le travail de l'accouchement, et la femme commence à être inquiète et anxieuse. Ne pouvant recourir à l'ergot de seigle en raison de la primiparité, et me rappelant ce que j'avais lu dans l'UNION MÉDICALE deux ou trois jours auparavant, je me décidai avant d'en venir à une intervention plus active, à ordonner 0 gr. 50 de sulfate de quinine divisés en cinq doses qui devaient être prises à un quart d'heure d'intervalle l'une de l'autre. A deux heures de l'après-midi, il ne s'était encore produit aucune modification dans l'état des choses, seulement les battements du cœur fœtal faiblissaient, l'anxiété et l'agitation de la femme allaient en augmentant et il y avait urgence à la délivrer le plus promptement possible. En raison de la faible quantité d'eau qui restait dans la matrice, la version était devenue impossible, et je dus recourir à une application de forceps au-dessus du détroit supérieur. L'opération se fit sans trop de difficultés, et je pus extraire un gros garçon qui vint au monde en état de mort apparente, mais que quelques frictions excitantes et un grand bain chaud rappelèrent bientôt à la vie. J'ajouterai que la matrice tardant à revenir complétement sur elle-même et craignant une hémorrhagie consécutive, j'administrai après la délivrance 2 grammes de seigle ergoté, dont je m'étais muni par précaution.

La relation de ce fait me paraît propre à établir qu'il ne faut pas trop compter sur les propriétés ocytociques du sulfate de quinine, et que dans la pratique ordinaire le seigle ergoté dont l'action est si rapide et en général si sûre, devra toujours lui être préféré. Dira-t-on que la dose de 0 gr. 50 était trop faible, et que le temps écoulé entre son administration (11 heures) et le moment où j'ai agi (2 heures) était insuffisant pour que l'effet excito-moteur sur la fibre utérine ait pu se produire? Mais on sait les accidents cérébraux qui peuvent résulter d'une dose plus considérable administrée brusquement, surtout chez les femmes; et, d'un autre côté, la rapidité d'action est une des conditions que doit remplir tout médicament pour mériter dans la pratique obstétricale, à côté de l'ergot de seigle, une place que, jusqu'à présent, nous refusons d'accorder au sulfate de quinine.

Dr A. FILLIETTE.

Boulogne-sur-Mer, 2 juin 1873.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

DE LA CONTRACTURE HYSTÉRIQUE PERMANENTE; par MM. BOURNEVILLE et VOULET. Brochure in-8°. — Paris, 1873. Adrien Delahaye.

L'état hystérique a été beaucoup étudié. Comme toujours, les opinions ont singulièrement varié; les hypothèses, parfois ingénieuses, souvent bizarres, les erreurs grossières, n'ont pas manqué. Quelques-uns des symptômes qui lui sont propres ont même servi, à certaine époque, — je ne répondrais pas qu'il n'en soit ainsi encore aujourd'hui, — de baguette magique à de naïfs thaumaturges. Je veux parler des *paralysies* et des contractures *permanentes* que l'on observe assez fréquemment chez les hystériques. Au point de vue de l'histoire de la médecine et.... de la crédulité humaine, ces symptômes sont curieux à observer et les auteurs du mémoire, avec l'aide de leurs très-nombreux devanciers, s'en sont acquittés longuement.

Sans nous étendre sur les chapitres consacrés à la symptomatologie en général de l'hystérie, et formant un recueil d'observations plus ou moins intéressantes, nous nous bornerons à dire quelques mots de la partie *neuve* du travail dont le titre seul est de nature à fixer tout d'abord l'attention et à exciter la curiosité : c'est le chapitre qui traite de l'*anatomie pathologique*.

Malheureusement, — et Dieu garde que nous nous en prenions aux auteurs! — ce chapitre est bien incomplet, et il ne faut y voir, selon nous, qu'un appel aux travailleurs de l'avenir. C'est qu'en réalité la science est toujours pauvre en cette matière. Deux observations, rien de plus ; mince bagage pour qui a eu l'occasion de faire de nombreuses autopsies, et cela sous l'œil et le doigt de maîtres expérimentés. La première a trait à un cas de « contractures récentes. » Dans ce cas, la lésion anatomique résidant dans les cordons latéraux de la moelle « n'était appréciable qu'à l'aide du microscope. » Dans la deuxième observation (ce cas est emprunté *in extenso* à M. Charcot), « la contracture est ancienne et la lésion des cor-

dons latéraux est visible à l'œil nu. » En fin de compte, que faut-il penser de ces résultats? Voici la réponse du maître : « Dans les cas récents de contracture hystérique, dit M. Charcot, la modification organique quelle qu'elle soit, quelque siége qu'elle occupe, qui produit la rigidité permanente, est très-légère et très-fugace, puisque les symptômes qui lui correspondent peuvent *disparaître tout à coup, sans transition.* Il est certain qu'avec les moyens d'investigation dont nous disposons aujourd'hui, la nécropsie la plus minutieuse ne serait pas en état de retrouver, en pareil cas, les traces de cette altération. »

Jugement plein de sens, qu'il faudrait appliquer à l'anatomie pathologique de l'immense majorité des cas d'aliénation mentale, en dehors de la folie paralytique. — X.....

DEL POTERE REGOLATORE, etc. (*Étude critique et expérimentale sur le pouvoir régulateur de la température animale*), par le docteur A. MURRI, aide de clinique à l'Université de Rome. Brochure de 79 pages in-8°. Florence, 1873.

Devant l'importance excessive accordée aujourd'hui à la température dans le diagnostic, il est naturel de rechercher les sources et les causes de cet acte principal de l'économie. C'est en répétant, en contrôlant les expériences des physiologistes allemands que l'auteur est arrivé à en montrer les erreurs et à critiquer les théories qui en découlent. L'expérience du bain froid est surtout démentie quant à ses résultats immédiats et ses conséquences. Et tout en contestant l'existence d'un centre nerveux régulateur de la température et la doctrine névrosthénique de la fièvre qu'il remplace par la doctrine chimique, généralement en vogue aujourd'hui, M. Murri n'en reconnaît pas moins que la gravité de la fièvre n'est pas seulement en rapport avec la quantité du calorique développé, mais avec la nature des actes chimiques qui le produisent. La température ne donne donc pas seule la mesure de la gravité de la fièvre, son développement excessif n'est qu'une partie du danger; aussi le bain froid, sans pouvoir activer la consommation du calorique, ne pare-t-il pas à tous les dangers de la fièvre, d'autant moins que son utilité pour diminuer la chaleur animale n'est pas clairement établie.

Ce manifeste réactionnel contre les pratiques et les doctrines allemandes est fondé sur des expériences, des calculs qui en montrent les erreurs et l'exclusivisme. Nous ne doutons pas qu'en les examinant de plus près, avec moins de confiance et d'engouement, on les trouve ainsi en grande partie entachées d'erreur et de plagiarisme, et que le temps ne fasse promptement justice de cette médecine physico-chimique. — P. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 juillet 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur DIARD, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1872 dans diverses communes du département de Seine-et-Oise.

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1872 dans les départements de la Loire, des Hautes-Alpes et du Nord. (Com. des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Pidoux, médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, sur l'asthme.

4° Un rapport de M. le docteur Charmasson, de Puylaval, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1871.

5° Un rapport de M. le docteur Lemonnier, médecin inspecteur des eaux minérales des *Eaux-Chaudes*, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1871.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Lancereaux, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

2° Une note sur une *nouvelle méthode de traiter la paralysie faciale*, par M. le docteur Detmold, professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de New-York.

3° Des lettres de remercîments de divers lauréats de l'Académie.

4° Une lettre de M. le docteur Caradec (de Brest), qui sollicite le titre de membre correspondant, et adresse, à l'appui de cette demande, les titres de ses divers travaux.

5° Un *rapport sur la constitution médicale de l'arrondissement de Montauban en* 1872, par le docteur J. Lacaze, médecin des épidémies.

—

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Léon Colin, médecin principal de l'armée :

1° une brochure intitulée : *La variole au point de vue épidémiologique et prophylactique* ; 2° l'article QUARANTAINES, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. Larrey présente, en outre : 1° de la part de M. le capitaine Docx, directeur de l'école régimentaire du 10e de ligne, une brochure ayant pour titre : *Gymnastique scolaire pour garçons et jeunes gens* ; — 2° la 48e année des travaux de la *Société académique des sciences, arts, belles-lettres, agriculture et industrie de Saint-Quentin.*

M. BARTH offre en hommage, de la part de M. le docteur LUYS, les troisième, quatrième et dernière livraisons de l'*Iconographie photographique des centres nerveux.*

—

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que l'ordre du jour de la séance a dû être changé par suite d'une lettre adressée par M. le ministre de la guerre, dans laquelle M. le ministre prie l'Académie de vouloir bien hâter la discussion du rapport sur la réorganisation du service de santé de l'armée, afin que l'avis de l'Académie puisse arriver à temps lors de la prochaine discussion, devant l'Assemblée nationale, du projet de loi sur la réorganisation de l'armée.

Après quelques observations présentées à ce sujet par MM. Poggiale et Bussy, M. le Président donne la parole à M. BROCA pour la lecture de ce rapport.

(Nous publierons les conclusions de ce travail dans un prochain numéro.)

Sur la proposition de M. Chatin, et après quelques observations présentées par MM. Larrey, Delpech et Chauffard, l'Académie décide que le rapport de M. Broca sera imprimé et distribué, et que la discussion commencera dans la prochaine séance.

M. CHATIN fait une communication *sur les nitrates dans les végétaux.*

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

PRIX PROPOSÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1874.

Prix de l'Académie. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la physiologie expérimentale.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique.

Il sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie décernera ce prix au meilleur mémoire manuscrit sur un sujet quelconque d'obstétrique.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question : « Du rôle du système nerveux dans la glycosurie. »

Ce prix sera de la valeur de 900 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (extrait du testament).

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — La question suivante est mise au concours : « De l'aconitine et de l'aconit. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Rufz de Lavison. — Question posée par le fondateur :

« Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers seront admis à ce concours.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — *Extrait de la lettre du fondateur :*

« Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur

thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goitreuse. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix fondé par M. le docteur Falret. — Question : « De la folie dans ses rapports avec l'épilepsie. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1874 devront être envoyés, sans exception aucune, à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Godard, Barbier et Amussat, sont exceptés de cette dernière disposition.

FORMULAIRE

Pilules d'acide phénique contre le psoriasis. — Moriz Kohn.

Acide phénique . . . . . 1 gramme.

Poudre de réglisse et sirop simple, q. s. pour 20 pilules.

On donne d'abord chaque jour de 6 à 9 pilules, et on en augmente graduellement le nombre jusqu'à 20.

MM. Moriz Kohn et Hebra ont administré ces pilules dans les affections de la peau graves et anciennes, et ils ont obtenu des succès dans 27 cas de psoriasis. Ils ont obtenu également de bons résultats dans des cas de pityriasis rubra et de prurigo. Il faut seulement être prévenu que l'ingestion de doses élevées d'acide phénique irrite les reins et provoque le passage d'albumine dans l'urine. — N. G.

Policlinique médico-chirurgicale, 20, rue Rossini. — *Maladies des yeux*, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, par le docteur Gillet de Grandmont.

Maladies des oreilles, mardi et vendredi, à 11 heures, par le docteur Ménière.

Maladies des voies respiratoires, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures et demie, par le docteur Conquerel.

Maladies de la peau, lundi, jeudi, samedi, à 1 heure, par le docteur Gazeau.

Maladies des voies urinaires, mardi et lundi, à 4 heures, par le docteur Jardin.

Maladies vénériennes, mardi et samedi, à 9 heures, par le docteur Thévenet.

Orthopédie, mardi et vendredi, à 1 heure, par le docteur Pierre Bouland.

Maladies des femmes, maladies nerveuses, lundi, mercredi, vendredi, à midi, par les docteurs Paquelin et Tripier.

— M. le docteur Pierre Bouland commencera jeudi, 10 juillet, à 2 heures, rue Rossini, n° 20, des conférences cliniques sur *les maladies chroniques de l'appareil locomoteur* (déviation du rachis, pied-bot, mal de Pott, paralysie infantile, rachitisme, etc.), et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— Le cours de géologie du Muséum est consacré cette année à deux sujets distincts : la *chaleur interne du globe* et *les faits généraux de la géologie comparée*. Le professeur, M. Daubrée, vient de terminer le premier. Chargé de traiter le second, M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, a commencé ses leçons le samedi 5 juillet, à quatre heures un quart, dans l'amphithéâtre de géologie, où il les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Elles ont pour objet une branche nouvelle de la science née de l'étude des météorites ou *pierres tombées du ciel*, dans lesquelles M. Stanislas Meunier voit les matériaux d'une paléontologie sidérale, et dont le Muséum possède une si riche collection qui passera tout entière sous les yeux de l'auditoire. Ce sera la première fois que les météorites et la géologie comparée auront fait la matière d'un cours public.

— Le vendredi 11 juillet, à 9 heures, M. le docteur Gréhant fera, à l'amphithéâtre de la clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, une démonstration sur l'appareil de *dosage des Gaz du sang* et sur son application aux recherches cliniques.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

REVUE CLINIQUE CHIRURGICALE

SOMMAIRE. — Mutilation de la face par la bouche d'un cheval. — Lipomes du cou et des lombes. — Hydrocèle suppurée.

1° *Arrachement du nez et de la lèvre supérieure par la bouche d'un cheval.* — Encore un cas de mutilation horrible à placer à côté de ceux que nous avons rapportés dans nos revues cliniques de l'UNION du 24 août 1872 et du 22 février 1873, et que nous venons d'observer à l'Hôtel-Dieu chez un garçon de 23 ans.

Il y a trois mois, un cheval se précipita sur lui et enleva d'un seul coup de dents tout le nez et toute la lèvre supérieure. Le médecin qui fut appelé sur-le-champ eut entre les mains les chairs arrachées et négligea de tenter au moins la réunion par réapplication immédiate. L'hémorrhagie n'avait pas été fort abondante, le malade resta à peine quelques semaines au lit sans fièvre traumatique intense, et la nature fut laissée maîtresse d'opérer la cicatrisation comme bon lui semblerait.

Aujourd'hui ce pauvre garçon porte une mutilation de la face horrible à voir. Toute la partie molle et cartilagineuse du nez a disparu, il ne reste qu'une portion de l'os propre du côté gauche; par cette large ouverture béante, on distingue facilement les cornets et tout l'intérieur des fosses nasales; de lèvre supérieure, il n'en existe plus trace, aussi les dents intactes sont-elles complétement à découvert, et la muqueuse gingivale exposée sans cesse à l'air commence-t-elle à se *cutiser*. Au niveau de chacune des commissures, deux petits tubercules, rudiments de la lèvre supérieure, obliques en haut et en dedans, vont se confondre avec les côtés du tissu cicatriciel adhérent qui existe au niveau de la partie moyenne de la mâchoire supérieure.

Nous entretiendrons nos lecteurs sur le procédé de rhinoplastie et de cheiloplastie que M. Richet compte appliquer dans ce cas difficile pour corriger cette affreuse difformité.

2° *Lipomes du cou et des lombes.* — Deux tumeurs lipomateuses d'un volume considérable (diam. vertical et transversal dépassant 20 et 15 centim.) viennent d'être enlevées par M. Péan à l'hôpital Saint-Louis, et nous permettent d'insister brièvement sur quelques points cliniques laissés un peu de côté dans la description classique qu'en donnent nos auteurs. Les deux malades qui en étaient porteurs étaient des sujets fort gras : chez l'un (homme de 50 ans), la tumeur siégeait en

FEUILLETON

CAUSERIES

L'événement de la semaine a été le rapport de M. Broca, relatif à la réorganisation du service de santé de l'armée, et principalement du service de la pharmacie militaire. Ce rapport a été très-loué et il faut reconnaître qu'il est fort, très-fort de raisons et de motifs. La forme aurait pu en être adoucie; elle est tranchante, autoritaire, peu soucieuse de ménagements et de moyens de conciliation; ce travail est bien l'œuvre de M. Broca, il est dans sa note, qui n'est pas la note attendrie, et dans son tempérament, qui ne cherche pas de tempéraments.

L'incident qui s'est produit dans le sein de la commission, c'est-à-dire la démission des trois pharmaciens, est très-diversement jugé. Les uns blâment cette retraite, même au point de vue des intérêts de la pharmacie, et auraient voulu qu'elle se défendit courageusement jusqu'au bout. Qui quitte la partie la perd inévitablement. Les autres, à un autre point de vue, critiquent amèrement la conduite des pharmaciens; elle a été, disent-ils, une inconvenance vis-à-vis de leurs collègues de la commission, dont ils ont suspecté la liberté et la bonne foi. Dans toutes les affaires de ce monde, il y a une majorité et une minorité. Se retirer d'une commission parce qu'on prévoit qu'on va s'y trouver en minorité est contraire à tous les usages, à toutes les traditions des corps délibérants. La minorité fait ses réserves et conserve tous ses droits de discussion et de protestation. Il en est, au contraire, qui trouvent que les pharmaciens ont agi avec dignité en se séparant d'une commission dont l'opinion était connue d'avance, et en refusant de participer à un acte d'amoindrissement et de sujétion de la pharmacie.

arrière, au niveau de la région cervico-dorsale; chez l'autre (femme à peu près du même âge), elle était située dans la région dorso-lombaire. Toutes deux débordaient à droite et à gauche le raphé épineux du rachis, position que leur avait facilitée le siége de leur développement initial dans le tissu conjonctif sous-cutané de la région postérieure du tronc. Elles étaient molles, fluctuantes, mobiles, appartenant évidemment à la variété *lobulée* et *enkystée* et non à la forme en grappe, étaient recouvertes d'une *peau amincie*, surtout chez la seconde malade, et présentaient par place un *développement variqueux* de petits vaisseaux veineux (caractère important pouvant servir au point de vue du diagnostic différentiel de la variété de tumeur). Une exploration longtemps et fréquemment répétée avec malaxation ne déterminait à leur surface qu'un peu de rougeur diffuse, mais ne provoquait pas cet *empâtement œdémateux* que les mêmes pressions occasionnent sur d'autres tumeurs, comme les abcès froids, par exemple.

Un phénomène assez rare et dont nous n'avions pas encore vu d'exemple, s'observait sur le lipome lombaire (1); je veux parler d'une *ulcération croûteuse* dont la cause devait être attribuée à la compression, lors du décubitus dorsal, qui avait mortifié la peau dans un point limité. Cette ulcération par pression était tout à fait passive et n'avait, sauf une odeur un peu prononcée, aucune analogie avec celles qui se rencontrent souvent sur les tumeurs malignes, dont elle annonce l'accroissement et la suractivité. Ces deux masses graisseuses furent facilement enlevées à l'aide d'une incision cruciale; elles n'offraient d'adhérences superficielles qu'avec la face profonde de la peau, qui dut être disséquée avec soin; mais sitôt cette dissection opérée, il fut très-facile, en incisant ou déchirant la coque conjonctive qui entourait les lobules et s'interposait entre eux, de procéder à l'énucléation, car profondément il n'existait aucun point adhérent; le tissu cellulaire y était au contraire si lâche, que sur l'un des malades on aurait dit plusieurs bourses séreuses juxtaposées et séparées par de simples cloisons lamineuses. Une fois enlevées, ces deux masses, dont les gros lobes, un peu flexueux, rappelaient vaguement les circonvolutions de l'encéphale, ressemblaient à d'énormes *tomates* rouges, parce que le sang veineux qui s'étalait à leur surface était devenu rutilant au contact de l'air.

3° *Hydrocèle suppurée.* — Nous venons d'observer à la Pitié, chez un homme

(1) On trouvera deux exemples d'ulcération à la surface de lipomes dans les *Bulletins de la Société anatomique*. L'un d'eux a été observé par M. Le Dentu.

Ce sont là questions de goût que chacun tranche à sa manière, et dont il convient de ne pas trop se mêler lorsqu'on n'y est pas forcé. Les membres démissionnaires de la commission exposeront sans doute les motifs de leur conduite.

La discussion de ce rapport commencera-t-elle mardi? Elle pourrait être retardée, et M. Poggiale avait raison de dire, mardi dernier, que rien ne pressait, que les questions relatives au service de santé militaire avaient été distraites du projet général de réorganisation de l'armée, et qu'un projet de loi spécial serait présenté à l'Assemblée. M. Poggiale était bien informé; le rapport sur cette loi l'annonce formellement, et l'article 17 est ainsi conçu :

« Art. 17. Indépendamment des états-majors dont il est parlé en l'article précédent, le commandant du corps d'armée a auprès de lui, et sous ses ordres, les fonctionnaires et les agents chargés d'assurer la direction et la gestion des services administratifs *et du service de santé*.

« Une loi spéciale sur l'administration de l'armée règlera les attributions de ces divers fonctionnaires et agents, et pourvoira à l'établissement d'un contrôle indépendant. »

Faisons remarquer que l'autonomie du service de santé est très-explicitement reconnue dans cet article que le corps du rapport indique aussi d'une façon formelle.

On peut considérer ce premier point comme acquis : le service de santé de l'armée sera désormais soustrait à la domination de l'intendance.

Mais, quant à la hiérarchisation de ce service de santé, il paraît que la commission de l'Assemblée nationale, pas plus que la commission Martimprey, n'a pu se mettre d'accord; de là ce renvoi à une loi spéciale.

De cette circonstance même, les décisions de l'Académie de médecine prennent une plus grande importance. De là également, pour l'Académie, la nécessité de les préparer avec toute

jeune encore, un cas de suppuration de la tunique vaginale, survenue à la suite de l'opération (ponction et injection iodée) pratiquée pourtant selon toutes les règles de l'art. Ce fait, quoique assez rare, doit être pris en sérieuse considération afin d'empêcher le praticien de regarder cette opération comme constamment exempte de danger; elle est simple, il est vrai, et le plus souvent ses conséquences le sont aussi, mais cette sécurité ne doit pas cependant nous dispenser des plus grandes précautions.

La *suppuration dans les hydrocèles* est un sujet de thérapeutique chirurgicale qui, à peine effleuré par nos auteurs classiques, mériterait certainement, selon nous, l'honneur d'une thèse, ou tout au moins d'un mémoire : elle nous semblerait se rapporter à cinq chefs principaux :

1° Tantôt cette suppuration doit être directement attribuée à un *vice dans le manuel opératoire* ou à l'*emploi de substances nouvelles*, dont les essais, jusqu'à présent malheureux, sont loin d'avoir encore sanctionné l'efficacité. On connaît trop les gangrènes du scrotum, consécutives à l'introduction de quelques gouttes de liquide injecté dans le tissu cellulaire, pour que nous songions à les rappeler longuement. Mais, ce qui est beaucoup plus rare, c'est le même accident à la suite du passage du liquide de l'hydrocèle dans l'élément conjonctif qui double le dartos, lorsque le chirurgien s'est borné à ne faire qu'une simple ponction exploratrice. Or, le fait a été observé à l'Hôtel-Dieu par M. Verneuil, chez un homme de 50 ans, qui perdit la moitié du scrotum après une piqûre faite à l'aide d'un trocart de 2 millimètres, et qui donna issue seulement à la moitié du liquide.

Chez un autre malade qui refusait de rester à l'hôpital, le même chirurgien se contenta encore d'une seule ponction non suivie d'injection, mais à la fin de l'évacuation du liquide, quelques *bulles d'air* pénétrèrent dans la vaginale et y séjournèrent malgré les efforts tentés pour les expulser : un phlegmon suppuré des bourses nécessita un débridement et le drainage, et la guérison ne survint qu'au bout de deux mois, après de sérieux accidents.

Dans un cas où l'*air* avait été volontairement injecté par un jeune chirurgien quelque peu présomptueux, une suppuration de la vaginale détermina également des phénomènes fort graves. Enfin, Esmarch, chez un homme d'une cinquantaine d'années, traita une hydrocèle volumineuse par l'injection de *chloroforme*. Le malade parut guéri en un mois, mais la tumeur revint, et une seconde opération du

---

la maturité convenable. L'urgence sous l'aiguillon de laquelle la commission a fait son rapport n'existe plus. L'Académie a donc tout le temps voulu pour étudier et se renseigner. Le rapport de M. Broca ne sera publié que dimanche, et de ce jour au mardi, le temps est court pour l'examen d'un document de cette importance. Il est, par exemple, dans ce rapport, un argument plusieurs fois répété, c'est la position inférieure qu'occupe la pharmacie dans le service de santé des armées étrangères. Cet argument a sans doute sa valeur; cependant il convient de rechercher aussi corrélativement quelle est la situation de la pharmacie civile dans ces pays étrangers, quelles garanties d'étude lui sont demandées, quel rang enfin occupe cette profession dans la société. En France, nous savons à qui nous avons affaire. Au pharmacien, la loi impose de longues et de sérieuses études; de même que dans l'armée on n'accepte que des docteurs en médecine, on n'y accepte non plus que des pharmaciens de première classe. De sorte que toute assimilation avec des pays où la pharmacie ne se trouve pas dans les conditions qui sont exigées en France ne serait pas équitable. Or, nous croyons que dans le rapport de M. Broca on pourra trouver, quand on l'aura sous les yeux, que les comparaisons et les assimilations dont il est beaucoup question ne pourraient pas toutes se justifier par une équivalence de conditions et de garanties.

J'ouvre le *Lyon médical* du dimanche 6 juillet, et j'y lis à la première page, premières lignes, ce qui suit :

« Cette fois, nous avons notre Faculté. La force des choses, cette grande niveleuse des intrigues et des rivalités impuissantes, devait nous l'amener tôt ou tard. Grâce à un concours heureux de circonstances, grâce à l'action décidée et décisive de quelques hommes convaincus, nous l'avons plus tôt que nous ne pouvions l'espérer, en tenant compte des répugnances avouées ou secrètes, étrangères ou indigènes, que suscitait une pareille création. »

même genre détermina cette fois de la suppuration et des accidents locaux et généraux qui entraînèrent la mort du malade.

2° Tantôt la suppuration reconnaît pour cause un *double traumatisme de la vaginale*, qu'il soit dû à la ponction chirurgicale faite dans une hydrocèle dont la poche a été préalablement le siége d'une rupture, soit qu'il ait été la conséquence d'une opération pratiquée à deux reprises différentes avec ou sans injection, comme M. Verneuil l'a observé dans deux cas.

3° Dans les *Annales de la Flandre occidentale* de 1847, on trouvera deux faits de suppuration d'hydrocèle avec gangrène du scrotum, l'un consécutif à la *rupture* spontanée de la tunique vaginale, l'autre ayant reconnu comme cause la même rupture occasionnée par la malaxation que la main du chirurgien avait fait subir à la poche.

4° D'autres fois, l'hydrocèle s'enflamme sans manœuvre opératoire préalable et sans aucun traumatisme, et suppure *spontanément* ou par suite de l'apparition d'une *orchite blennorrhagique*, comme Dupuytren, en 1824, en observa un exemple chez un homme qui fut radicalement guéri. En 1853 se trouve relatée, dans la *Gazette des hôpitaux*, une observation fort intéressante d'*hydrocèle spontanément enflammée* qui est due à M. Desnos. Il s'agit d'un homme de 59 ans, qui avait refusé de se faire opérer d'une hydrocèle à laquelle un léger traumatisme avait donné un accroissement considérable. Sans cause appréciable, de la douleur, de l'œdème survinrent, et la ponction avec le trocart donna issue à un demi-verre de pus dont la reproduction nécessita une incision de 6 centimètres. La guérison eut lieu. A. Cooper cite aussi un cas d'hydrocèle enflammée spontanément.

5° Enfin, cette suppuration ne peut se rapporter à aucune des causes précédentes et a suivi une opération d'hydrocèle régulière. C'est ce qui a eu lieu chez le malade que nous avons eu sous les yeux à la Pitié. Peut-être est-on en droit d'attribuer cet accident à un vice de constitution?

Des quelques faits que nous venons de citer à la hâte, il serait déjà possible de tirer plusieurs conclusions; par exemple :

a. Éviter la ponction exploratrice, à moins d'indication spéciale, et si on a résolu l'opération, la pratiquer en entier séance tenante;

b. Se méfier des accidents inflammatoires consécutifs, et prendre des précautions en conséquence, si on opère sur une vaginale qui a été intéressée déjà une première

---

Les choses sont-elles aussi avancées que le croit notre honorable confrère lyonnais? On peut en douter. Le rapport fait par M. Wurtz au Conseil supérieur de l'instruction publique, conclut, il est vrai, à la création immédiate d'une Faculé de médecine à Lyon. Mais ce n'est là vraiment qu'une première étape, et combien il en reste à franchir ! Pour nous, toutes ces questions de créations de Facultés nouvelles, toutes ces compétitions locales et rivales, sont dominées par une question plus grave et plus élevée. Nous ne concevons pas même, à vrai dire, que l'on s'occupe de la fondation de centres nouveaux d'instruction supérieure, avant d'avoir réglé ce que sera cette instruction supérieure, son régime, sa liberté, ses pouvoirs. Évidemment, c'est mettre la charrue avant les bœufs. Comment! vous pensez à créer des Facultés de médecine, et vous n'avez pas résolu la capitale question de la collation des grades par les Écoles libres? Tout ce qui se passe est vraiment en dehors du bon sens et de la logique, et tout cela ne peut conduire qu'à la confusion et au chaos.

Passons au *Bulletin* de l'Académie :

Le *Bulletin* de l'Académie s'est ravisé; il a publié dans son dernier numéro les trois discours qui ont été prononcés dans la séance annuelle du 24 juin. Il est difficile d'extraire quelques passages du rapport général de M. Béclard sur les prix décernés.

M. Barth a terminé son discours par un éloquent appel au travail et à la participation que les corps savants peuvent et doivent prendre dans le grand œuvre de la régénération de la France.

« Car notre malheureux pays, a-t-il dit, n'a pas eu seulement à subir des désordres matériels sans exemple dans l'histoire. Ce n'a pas été assez pour nos ennemis d'hier de la dévastation de notre sol, du bombardement de nos villes, de l'incendie de nos bibliothèques. Plusieurs de leurs savants, après avoir semé dans le cœur de leurs élèves les sentiments

fois par le chirurgien, ou bien qui a été le siége d'une rupture spontanée ou traumatique;

c. Éviter, autant que possible, les attouchements trop rudes et trop répétés au moment où on va procéder à l'opération;

d. Se contenter de choisir un des liquides d'injection journellement employés et que tout chirurgien doit connaître; et se souvenir que, si on a de la tendance à innover, le mieux est parfois l'ennemi du bien.

Dr GILLETTE.

ÉPIDÉMIOLOGIE

LE CHOLÉRA DANS L'INDE;

Par M. le docteur THOLOZAN, 1er médecin de S. M. le shah de Perse, etc.

RAPPORT FAIT A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS,

Par M. CAZALAS, président du Conseil de santé des armées.

Messieurs,

Vous m'avez fait l'honneur de me confier l'examen de deux brochures relatives au choléra dans l'Inde, qui vous ont été adressées par un homme éminent, dont le nom et les précédents travaux vous sont également connus et dont j'ai pu apprécier moi-même depuis longtemps la distinction de l'intelligence, l'ampleur de la pensée, l'élévation du caractère et le dévouement au bien public, M. le docteur Tholozan, premier médecin de S. M. le shah de Perse, médecin principal d'armée, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris et de la Société épidémiologique de Londres.

J'ai accepté cette difficile et délicate tâche avec plaisir, d'abord parce que le sujet traité par l'auteur m'est particulièrement familier et m'intéresse au dernier point, ensuite parce que, à l'avance, j'avais la conviction de trouver dans ces deux écrits des enseignements utiles, des documents précieux.

Mon espérance n'a pas été déçue, et je dois dire que si les deux travaux de M. Tholozan étaient étudiés et appréciés comme ils le méritent, ils auraient presque, pour ainsi dire, en épidémiologie, l'importance d'un événement; je viens vous en rendre compte le plus succinctement possible, en vous priant de vouloir bien m'accorder votre indulgence habituelle.

Il serait beaucoup trop long et d'ailleurs hors de propos de vous initier à tous les détails consignés dans les deux écrits remarquables de M. Tholozan; mais il se dégage de chacun d'eux

---

d'inimitié avant la guerre, ont essayé, après nos défaites, de dépouiller nos illustrations les plus pures de leurs plus beaux titres scientifiques, et quelques-uns de leurs médecins se sont abaissés jusqu'à déverser sur la nation française les plus odieuses invectives.

« Cette conduite trouve son châtiment dans son indignité même; mais il est bon que les corps savants de France protestent contre ces attaques, et c'est un devoir pour l'Académie de médecine de répondre aux injures de leurs médecins par l'expression indignée de son mépris.

« Nous nous consolerons de ces humiliations ajoutées à nos désastres, en nous rappelant cette vérité morale, que les revers sont réparables et non pas les méfaits, qu'on se relève de ses malheurs, mais qu'on ne se lave pas de ses hontes.

« Ce souvenir sera ensuite pour nous un enseignement. Il nous corrigera de ce fol engouement qui nous a fait si souvent déprécier les mérites de la science française pour exalter les fausses ou nuageuses conceptions du pays d'où nous est venue l'homœopathie.

« Il nous apprendra, je l'espère, à mieux apprécier ce que nous valons, et nous excitera de plus en plus à développer les qualités de l'esprit français, en donnant à nos œuvres cette logique, cette clarté, cette précision, qu'on ne pourra point nous enlever.

« En nous attachant ainsi à maintenir notre rang dans le monde intellectuel, nous contribuerons, pour notre part, à la réparation de nos calamités. Oui, la France reprendra le rôle glorieux qui lui appartient dans l'histoire; mais, pour y parvenir, il nous faudra, tous tant que nous sommes, faire preuve d'une volonté ferme, tempérer notre ardeur emportée par un sentiment de suite et de persévérance, tendre incessamment au bien, relever nos âmes de cet abaissement vers la matière où menacent de se perdre toutes les généreuses passions de dévouement et de sacrifice, et mettre à l'accomplissement de nos devoirs autant d'ardeur qu'à la revendication de nos droits.

un petit nombre de faits essentiels qui résument le but de l'auteur et sur lesquels je vous demande la permission de concentrer tout spécialement votre attention.

A. — Le premier de ces deux écrits, qui m'a été remis le dernier, publié en 1868, comprend deux mémoires, l'un intitulé : *De l'antiquité du choléra dans l'Inde*, l'autre : *Du choléra dans l'Inde depuis le* XVIe *jusqu'à la fin du* XVIIIe *siècle.*

Ces deux titres vous font pressentir, Messieurs, que le deuxième mémoire n'est que la suite naturelle du premier, et que les deux résument l'histoire du choléra dans l'Inde depuis les temps les plus reculés jusqu'au commencement du siècle présent.

L'objet de cette vaste et attrayante étude n'est pas, comme on pourrait le croire, une curiosité stérile; l'auteur a visé plus haut, et son remarquable travail est une œuvre propre à servir de base aux solutions pratiques.

Entrons de suite en matière :

« On a bien reconnu, dit M. Tholozan à la page 43, qu'il serait difficile de soutenir que les symptômes du choléra indien, dans les siècles antérieurs au XIXe, n'étaient pas tout à fait semblables à ceux qu'on observe depuis 1817; on dit pourtant que, dans les siècles antérieurs au nôtre, tous les choléras observés dans l'Inde ou ailleurs n'étaient pas le véritable choléra indien, et devaient être considérés comme des choléras nostras. On a ajouté « que ce serait « une erreur grave dans la théorie et dangereuse dans la pratique que de vouloir assimiler « ces deux maladies, et même de croire que l'une doive être considérée comme la transforma- « tion de l'autre. Le choléra de 1817 est le seul qui soit *envahissant*, le seul qui soit doué de « la propriété de se transmettre à de grandes distances de son point d'origine. »

Une telle théorie, Messieurs, aussi contraire à l'observation qu'aux principes élémentaires de la science, serait sans conséquence si elle n'était énoncée qu'incidemment par de jeunes intelligences inconnues; mais comme elle est acceptée et propagée par des hommes sérieux et jouissant d'une incontestable notoriété, on ne peut pas se dissimuler que la question acquiert, au point de vue pratique, une certaine gravité. M. Tholozan l'a ainsi compris, et, profitant de son séjour en Perse pour l'élucider, il a composé ses deux mémoires pour démontrer par l'histoire que le choléra indien est une maladie toujours identique à elle-même, et qu'elle n'offre dans la succession des temps d'autres différences dans ses caractères que celles que l'on rencontre généralement dans toutes les affections zymotiques.

Certes, Messieurs, pour savoir que le choléra indien du XIXe siècle est au fond le même que le choléra indien des siècles précédents, il n'y a qu'à se rappeler ce principe élémentaire de pathologie générale que, si toute maladie peut varier de forme à l'infini selon les temps et les lieux, elle ne change jamais de nature ou de fond, quels que soient le temps ou le pays où on l'observe. Mais M. Tholozan, sachant que de nos jours, en science comme en politique et en administration, on tourne volontiers les principes gênants pour s'engager, selon les besoins de la cause, dans la voie périlleuse des expédients, a cru devoir confirmer, par les faits cliniques

---

« Le moyen par excellence d'atteindre ce noble but, c'est le travail. Le travail, la grande loi du monde, la première obligation, sous ses multiples formes, de toutes les classes de la société; le travail, qui fait les nations grandes et les hommes forts; le travail, seul marche-pied de toute honnête ambition, condition essentielle d'avancement et de prééminence; le travail, qui est à la fois le fondement le plus solide de la fortune, le meilleur emploi des années que Dieu nous accorde, la source intarissable du bien, la préservation la plus sûre contre le mal; le travail, enfin, qui, dans toutes les conditions de notre existence, procure les joies les plus douces, et laisse après lui les satisfactions les plus réelles et les plus durables. »

Cette patriotique et morale péroraison a été très-chaudement applaudie.

Dans ce même numéro du *Bulletin* est publiée l'intéressante notice de M. Fée sur la longévité humaine, lue dans la même séance, petit morceau de douce et bonne philosophie où quelques théories récentes, et notamment celle de Flourens, sont passées au crible de la raison et du bon sens.

« On va disant que la vie humaine est courte, dit M. Fée. Est-il bien vrai qu'elle le soit lorsqu'elle atteint ses limites naturelles? Le vieillard ne survit-il pas à la presque totalité des êtres nés à l'époque où il était au berceau? S'il se promène dans la campagne et qu'il porte au loin la vue, ses regards ne peuvent rien découvrir qui ne soit plus jeune que lui : animaux et plantes se sont renouvelés, sauf quelques arbres que, par tolérance, épargna la cognée du bûcheron. Le chien que sa main a caressé, la vache qui l'a nourri de son lait, le mouton qui lui a fourni la laine de ses vêtements, les oiseaux qui par leur chant ont charmé son oreille, ont depuis longtemps disparu, et, s'il revoit les mêmes formes, il ne retrouve plus les mêmes plaisirs. »

Dr SIMPLICE.

et historiques, la vérité que les principes de la science nous enseignent ; et, pour asseoir solidement cette vérité, il reproduit, d'après les documents authentiques, les descriptions du choléra retrouvées aux diverses époques dans les livres hindous.

Permettez-moi de mettre sous vos yeux la description du choléra indien, tracée par le docteur Wise, attaché pendant plusieurs années au service médical du Bengale, d'après les traités des médecins du pays, traités que, dit M. Tholozan, « sans fixer à des dates précises, on peut faire remonter à deux ou trois siècles avant l'ère chrétienne » :

« Le malade éprouve d'abord dans le ventre une sensation semblable à celle de l'indigestion, suivie de garde-robes et de vomissements fréquents, d'une grande soif, de douleurs dans l'abdomen, de défaillances, de vertiges, de bâillements, de crampes aux jambes ; la couleur du corps est changée ; il y a des frissonnements et des douleurs thoraciques, de la céphalalgie. Les symptômes graves du choléra sont : les lèvres, les dents et les ongles noirâtres, l'insensibilité, les vomissements fréquents, les yeux enfoncés, la voix faible, les jointures relâchées. Les symptômes les plus graves sont : l'insomnie, l'agitation, le frissonnement, la suppression de l'urine et l'insensibilité. »

« C'est bien là, dit le docteur Wise, le même choléra que celui que nous observons aujourd'hui (vers 1840) ; mais, comme maladie sporadique, il ne paraît pas qu'il ait pris alors le grand développement épidémique qu'il a eu si fréquemment depuis 1817. »

Les plus anciens livres hindous recommandent de quitter les lieux infectés comme moyen prophylactique et, comme traitement, la diète, les vomitifs, les calmants, les purgatifs, l'eau de riz, les applications chaudes sur le ventre, le cautère actuel aux extrémités inférieures, les lavements, les frictions contre les crampes, l'ail, la moutarde, l'assa-fœtida, les myrobolans, le sel de roche et une foule d'autres médicaments.

On ne trouve pas sans doute dans les textes hindous l'histoire de grandes épidémies cholériques ; mais, comme le dit avec raison M. Tholozan, « leur silence sur ce point ne prouve rien », attendu qu'ils ne font pas plus mention de toute autre épidémie que des épidémies cholériques ; que ces textes parlent de pestes ; qu'il est certain que, dans l'Inde comme en Europe, on confondait autrefois sous cette dénomination toutes les grandes épidémies ; qu'enfin, s'ils ne parlent pas explicitement d'épidémies cholériques, ils en parlent implicitement : Charaka dit, par exemple, que le choléra, la dysenterie et la fièvre sont produits par les intempéries des saisons, que c'est pendant les saisons anormales que les pestes sévissent, et que, dans ce cas, il faut changer de résidence.

Mais si, dans les temps les plus reculés, les livres hindous ne parlent pas explicitement de grandes épidémies cholériques, il faut reconnaître qu'à partir du commencement du XVIe siècle jusqu'à la fin du XVIIIe, les auteurs européens qui ont habité le pays ont signalé et décrit un grand nombre d'épidémies de choléra.

Christoval Acosta, qui habitait l'Inde dans la première moitié du XVIe siècle, écrit la phrase suivante rapportée par Gaskoin : « Il est fréquent à Moshy, dans l'Inde, une maladie épouvantable et virulente ; les Arabes l'appellent hachaïza : c'est sans doute une contagion distincte, une peste particulière. » Hachaïza est le nom que les Arabes donnaient au choléra.

« C'était au printemps de 1503, dit Gaspar Corréa ; l'armée du Zamorin ne perdit pas moins de vingt mille hommes, indépendamment des blessés. Les maladies ordinaires du printemps y contribuèrent beaucoup, ainsi que la petite-vérole. Indépendamment de cela, il y avait une autre affection foudroyante qui frappait de douleurs dans le ventre et enlevait les hommes en moins de huit heures. »

Le même auteur rapporte que quarante ans après, en 1543, il y eut à Goa une maladie mortelle, sévissant sur les habitants de toute classe et de tout âge, caractérisée par les vomissements, la soif, les crampes, l'obscurcissement de la vue et la lividité des ongles, amenant la mort en douze ou vingt-quatre heures, et entraînant une mortalité de 90 malades sur 100. Garcia d'Orta, savant médecin portugais qui habitait le pays à cette époque, complète la description d'Acosta de la manière suivante : « Le choléra est beaucoup plus grave à Goa qu'en Europe ; il tue ordinairement dans les premières vingt-quatre heures ; sa durée ne dépasse que rarement trois ou quatre jours. Le pouls est petit et souvent insensible ; le corps est froid, couvert d'une sueur glaciale, et cependant le malade ressent une grande chaleur et s'agite beaucoup. Il y a une grande soif, les yeux sont enfoncés, pas de sommeil. Le malade a des évacuations continuelles par le haut et par le bas jusqu'à ce que, par le manque de forces, ces symptômes cessent. Les évacuations sont composées d'eau qui n'est ni amère ni acide. »

Vers 1629, Bontius, médecin de la Compagnie hollandaise dans l'Inde orientale, dit que « le choléra est extrêmement fréquent dans l'île de Java, et que dans cette maladie une matière bilieuse est rendue continuellement en grande quantité par la bouche et par l'anus ; que le pouls est faible, la respiration difficile, les extrémités froides, la soif intolérable,

l'insomnie continuelle et l'agitation incessante ; que la mort arrivait dans les vingt-quatre heures au plus. »

Des épidémies cholériques sont ensuite signalées de tous côtés : par Sonnerat, en 1774, sur la côte de Coromandel ; par le docteur Burke, en 1775, à l'île Maurice ; par Jameson, en 1781, dans l'armée anglaise à Grandjam ; par Curtis et Girdleston, en 1782, à Madras, Pondichéry et Ceylan ; par le chirurgien-major Hay, en 1783, à Hurdward ; par Scott, en 1787, à Villoré ; par le docteur Hay, en 1790, dans les circars du Nord, et en 1792 dans le pays de Travoncore.

L'histoire du choléra dans l'Inde, telle que l'a tracée M. Tholozan, est remplie d'enseignements précieux qu'il résume lui-même de la manière suivante : « Arrivé, dit-il, au terme de cet aperçu, nous pouvons dire en toute certitude que le choléra, depuis les temps les plus anciens, a été décrit et observé dans l'Inde ; que les caractères de cette maladie étaient alors ceux qu'elle présente aujourd'hui ; qu'elle se montrait déjà avec la même gravité et la même acuité ; qu'elle affectait comme aujourd'hui dans ses manifestations la forme d'épidémie saisonnière ; que le choléra indien est une maladie toujours identique à elle-même, et qui n'offre, dans la succession des temps, d'autres différences que celles que l'on rencontre dans toutes les affections zymotiques. »

Poussé par la logique et l'amour de la vérité, et cherchant la source de l'erreur qui consiste à admettre l'existence de plusieurs espèces de choléra, M. Tholozan dit encore à la page 16 : « Si les grandes épidémies de choléra ne sont pas mentionnées à ces époques reculées, c'est, selon toute probabilité, parce qu'on confondait sous le nom de *pestes* tous les fléaux épidémiques. Leur généralisation les faisant pour ainsi dire sortir du cadre pathologique, les pestes n'étaient plus considérées comme des maladies, mais bien comme des démonstrations terribles de la colère divine, devant lesquelles la science et l'observation perdaient leurs droits. Tout extraordinaire que puisse nous paraître cette marche de l'esprit humain, elle n'est pas spéciale à tel pays en particulier, le même phénomène intellectuel se présente partout, on dirait qu'il y a là une loi de notre esprit à laquelle nous obéissons, et, à notre époque, on peut remarquer encore quelques traces de ces influences chez les peuples les plus civilisés. Nous ne croyons plus généralement que les épidémies soient des maux envoyés par le Créateur pour punir les fautes du genre humain ; néanmoins, pour la plupart des épidémies graves et pour celle du choléra en particulier, on est d'avis qu'elles doivent sortir des cadres ordinaires de la pathologie ; on leur fait une place à part dans les nomenclatures nosologiques, on les considère comme des entités morbides distinctes, et, si quelqu'un venait soutenir la thèse de l'identité de tous les choléras, — choléra bilieux, choléra nostras, choléra spasmodique, choléra indien, — il serait désapprouvé par les maîtres de la science. Cette doctrine, ajoute-t-il, serait considérée comme une hérésie, non pas qu'elle ne réunisse en sa faveur un grand nombre d'arguments, mais parce que *telle n'est pas la pente vers laquelle marche aujourd'hui le courant scientifique.* Je me suis demandé si l'on ne pourrait pas essayer de ramener l'opinion vers une autre direction ; j'ai été instinctivement appelé à comparer les ressemblances du choléra sporadique et du choléra épidémique. J'ai réuni quelques faits pour essayer jusqu'où va cette similitude, et je présenterai ces faits au public dans un prochain travail. »

Oui, Messieurs, le docteur Tholozan a raison de dire que c'est par un reste de la vieille superstition des peuples que l'on croit encore aujourd'hui à la multiplicité des espèces de choléra, mais il a peut-être tort de ne pas réagir avec plus de vigueur contre cette doctrine dont il constate lui-même l'erreur, et de ne pas se prononcer ouvertement en faveur de la théorie contraire dont il reconnaît la vérité pour le choléra dans l'Inde. Certes, les partisans de la première de ces théories sont des esprits trop forts pour convenir que les grandes épidémies sont des fléaux envoyés par Dieu pour punir les fautes du genre humain ; mais, que ces fléaux soient des démonstrations surnaturelles de la volonté de Dieu, ou qu'ils proviennent de l'aggravation des causes naturelles des maladies communes, je ne crains pas d'affirmer qu'il est impossible de trouver à la théorie de la multiplicité des espèces de choléra une autre raison plausible que la superstition traditionnelle des vieux peuples.

Par respect humain sans doute, c'est-à-dire pour ne pas trop heurter de front les tendances actuelles, M. Tholozan ne s'est pas cru autorisé à étendre au choléra d'Europe le principe d'identité auquel l'histoire l'a naturellement conduit à l'égard du choléra de l'Inde. N'imitons pas en ceci son scrupule. On ne transige pas avec les principes ; un principe de ce genre vrai dans l'Inde ne peut pas être faux en Europe. Si toutes les formes du choléra observées dans l'Inde ne constituent qu'une espèce pathologique, il ne peut pas en être autrement en Europe ni ailleurs. Protestons hautement contre le courant des préjugés traditionnels, et proclamons de même la supériorité des principes et de l'observation. Affirmons en un mot, sans la crainte d'être démentis par l'histoire ou par les faits cliniques, les propositions suivantes que

j'avais déjà l'honneur de vous soumettre dans un autre rapport en 1866 : 1° la distinction qu'on s'efforce d'établir entre le choléra sporadique et le choléra épidémique, entre le choléra d'Asie et le choléra d'Europe, distinction purement imaginaire, n'existe pas dans la nature; 2° le plus habile praticien ne saurait établir une différence fondamentale entre deux cas de choléra pris isolément, l'un sporadique et l'autre épidémique, celui-ci européen et celui-là asiatique; 3° le choléra est l'espèce principale du genre cholérique, comme la variole et le typhus sont les espèces principales des genres varioleux et typhiques; 5° la cholérine et tous les accidents cholériques se groupent naturellement autour du choléra, comme la varioloïde et tous les accidents varioleux se groupent autour de la variole, tous les accidents typhiques autour du typhus; 6° il n'y a, il ne peut y avoir qu'une espèce de choléra, comme il n'y a qu'une espèce de variole, qu'une espèce de typhus, et, les formes de choléra observées et décrites dans tous les temps et dans les différents pays, ne constituent que des variétés de l'espèce et sont de nature identique.

Et, dès que nos maîtres de la science auront su se dérober à la pente de la vieille superstition des peuples, qui est ici la pente de l'erreur, pour s'engager résolûment dans la pente de l'observation et des principes, qui est la pente de la vérité, on sera bien surpris, qu'au XIXe siècle, chez les peuples les plus civilisés, on ait eu la naïveté de croire que le choléra indien des siècles reculés n'était pas le même que le choléra du XIXe siècle ; que le choléra d'Europe diffère foncièrement du choléra de l'Inde, que le choléra sporadique est d'une autre nature que le choléra épidémique.

Dans le travail que j'analyse, la question de contagion ou de non-contagion du choléra ne préoccupe M. Tholozan que d'une manière secondaire et dans le seul but de démontrer que la contagion n'est qu'un caractère accessoire pour la détermination des espèces nosologiques. « Deux conditions, dit-il, règlent la marche des épidémies cholériques : l'une est la contagion du mal lui-même; l'autre la disposition particulière des individus et des localités à devenir impressionnables par le mal. » La première de ces conditions est la contagion proprement dite; l'autre est la condition d'infection préalable ou influence épidémique. C'est la même confusion que celle à laquelle sont fatalement condamnés tous les contagionistes conciliateurs; car, comme j'ai eu l'occasion de vous le dire dans un précédent rapport, la contagion, qui diffère radicalement de l'infection, est un caractère fondamental des maladies contagieuses; chaque maladie contagieuse a un degré de contagionabilité qui lui est propre, degré pouvant sans doute varier selon les conditions au milieu desquelles la contagion s'opère; mais une maladie contagieuse ne perd jamais son caractère contagieux, et il est presque toujours facile d'apprécier les circonstances qui font varier la puissance de la contagion, dans les cas surtout où les variations sont considérables.

« Avant l'épidémie cholérique de 1817, dit M. Tholozan, les médecins anglais ne croyaient pas à la contagion; mais, depuis cette époque, la question a été l'objet de graves controverses. » Il rapporte : 1° que Twining, médecin en chef de l'Hôpital général de Calcutta regorgeant de cholériques, constate qu'aucun des internes, des étudiants, des infirmiers, quoique surchargés de travail et de fatigue, ne prit la maladie; 2° que J.-R. Martin, l'auteur si éclairé et si sagace de l'*Influence des climats tropicaux*, proclame que bien qu'il ait vécu au milieu du choléra pendant un grand nombre d'années dans la présidence du Bengale, il n'a été témoin d'aucun fait favorable à la contagion; qu'il n'a jamais rencontré de médecin militaire dans l'Inde qui crût à la contagiosité du choléra, et que pendant vingt-cinq ans, à l'hôpital de Calcutta, aucun des blanchisseurs et de ceux ayant charge du linge n'a eu le choléra; 3° que le docteur Macpherson, ex-inspecteur médical du Bengale, partage l'opinion de Twining et de Martin, et qu'à l'appui de cette opinion il cite l'exemple des balayeurs, des blanchisseurs, des infirmiers, qu'il n'a presque jamais vus tomber malades du choléra.

On dira peut-être que les grands praticiens du Bengale ont pu ne pas reconnaître la contagion du choléra dans les hôpitaux, quand partout l'épidémie paraissait transmissible d'une localité frappée à une autre localité encore indemne; mais, comme le dit M. Tholozan lui-même, ce n'est pas là une propriété qui tient à la maladie elle-même, mais bien à l'épidémicité, à l'état de prédisposition dans lequel se trouvent les localités ou les individus qui les habitent. Et, ajoute M. Tholozan : « Si la propriété qui dépend de la contagion était réelle, où serait-elle plus marquée qu'au berceau même de l'épidémie de 1817? C'est là que les médecins les plus considérables la nient dans les termes les plus accentués. »

Comme le dit encore M. Tholozan, « l'épithète *envahissant*, pour distinguer le choléra de 1817 du choléra des siècles précédents, est un terme qui peut conduire à bien des erreurs d'interprétation, parce qu'il indique une qualité appartenant à la maladie elle-même à l'exclusion de son pouvoir épidémique »; or, jusqu'à présent, rien ne prouve que le choléra envahit ou se propage par lui-même; il se généralise, voilà tout ce que nous savons; le mot *généralisation* est le seul terme qui convienne pour caractériser la marche des épidémies cholé-

riques, et avant de faire intervenir dans cette généralisation la contagion, qui est une qualité que rien ne prouve, il convient, au moins, de faire la part de l'épidémicité, qui est une qualité incontestable.

Comme vous le voyez, Messieurs, M. Tholozan combat lui-même la théorie de la contagion à l'aide des faits observés au Bengale, patrie classique du choléra, par les plus grands praticiens du pays; néanmoins, il reste contagioniste en théorie, contagioniste conciliateur, il est vrai, à la manière de nos savants correspondants, MM. Bonnet (de Bordeaux) et Lecadre (du Havre), mais contagioniste. Pourquoi cette apparence contradictoire chez un homme de cette valeur? On en trouverait peut-être la vraie raison dans son caractère conciliant, que l'on retrouve dans tous ses écrits et qui se révèle tout particulièrement dans le passage suivant de son ouvrage : « S'il est du devoir de l'écrivain de tenir compte des tendances de chaque époque, il lui faut surtout ménager celles de son propre temps ou du moins ne pas négliger d'en parler. »

En résumé, M. Tholozan, homme à la fois consciencieux, logique et déférant, est amené par l'observation et par l'histoire à la croyance qu'il n'y a qu'une espèce de choléra et que le choléra n'est pas contagieux; mais il hésite à affirmer cette double opinion par respect pour les tendances du temps présent, qui sont à la multiplicité des espèces de choléra et à la contagiosité de l'une de ces espèces.

B. — Dans son deuxième travail, qui comprend une introduction remarquable, six chapitres et des conclusions, M. Tholozan a pour but de démontrer : 1° que l'épidémie cholérique de 1852-55 constitue une épidémie véritable; 2° qu'elle n'a pas été introduite d'Asie en Europe en 1851, ni au commencement de 1852; 3° qu'elle n'est pas venue d'Amérique, comme le supposent certains auteurs qui reconnaissent qu'elle n'est pas d'origine asiatique et n'admettent pas son développement spontané en Europe; 4° qu'elle a son point de départ en Pologne; 5° qu'elle se relie à une traînée laissée en Allemagne par celle de 1847-50.

Un fait tout à fait saillant, et par suite capital, résume pour ainsi dire, en même temps que le but de l'auteur, l'ensemble de ce long, savant et lumineux travail : c'est que l'épidémie cholérique qui a frappé l'Europe de 1852 à 1855 a son point de départ en Europe même. Je passerai légèrement sur les autres faits, qui sont secondaires, pour fixer sur lui toute votre attention :

Le développement spontané du choléra en Pologne, en 1852, est un fait pathogénique tout naturel aux yeux de ceux pour qui les épidémies cholériques, comme les épidémies paludéennes, croissent, vivent et meurent là où elles ont pris naissance; mais on comprend qu'il est de nature à troubler l'esprit et la conscience de ceux qui ne veulent reconnaître à cette maladie qu'une origine exclusivement indienne. Ce fait, qui ne saurait être considéré comme suspect par les contagionistes, attendu qu'il est établi et affirmé par l'un des partisans les plus éminents de la théorie de la contagion, est si important, qu'il détruit à lui seul ces propositions téméraires de la Conférence sanitaire de Constantinople, savoir : *Qu'en Europe, les cas de choléra qui suivent parfois les épidémies restent complétement stériles, et qu'il a toujours fallu une importation nouvelle pour faire naître une nouvelle épidémie; que le choléra nostras ne devient jamais envahissant; que jamais on n'a vu une épidémie cholérique développée primitivement sur un point quelconque de l'Europe, devenir l'origine, le foyer propagateur d'une épidémie envahissante.*

Que deviendront, en effet, et la théorie de l'importation du choléra d'Asie en Europe à chaque nouvelle épidémie cholérique, et les sentences de la conférence de Constantinople, et le système quarantenaire qui en découle fatalement, quand les contagionistes les plus autorisés reconnaissent eux-mêmes que l'épidémie de 1852-55 a pris naissance en Europe? Ils deviendront ce que deviennent plus ou moins vite tous les systèmes séduisants qui n'ont de la réalité que l'apparence, ni d'autre base que l'imagination, les préjugés ou l'idée préconçue. Il sera bien difficile de contester le fait démontré et affirmé par M. Tholozan, et, si l'épidémie cholérique de 1852-55 a pris naissance en Europe, il n'y a pas, ce me semble, de raisons plausibles pour dénier aux autres épidémies une origine analogue.

M. Tholozan a compris la difficulté de concilier le fait qu'il démontre avec la théorie de l'importation qu'il ménage. Pour échapper à la contradiction qui s'en dégage, il est obligé de chercher une filiation hypothétique entre l'épidémie de 1847-50 et celle de 1852-55; et, sentant qu'il n'est pas possible de désunir les rapports naturels qui existent entre la pathogénie et la prophylaxie, la logique le conduit à dire à la page 59 : « Si on avait pu empêcher l'épidémie 1847-50 de pénétrer en Europe, celle de 1852-55 ne se serait peut-être pas développée. » On ne crée pas la vraie science avec des *si* et des *peut-être*; tant vaudrait faire remonter, dans la longue chaîne des temps, toute épidémie cholérique à celle qui l'a précédée, et dire, en définitive, que si l'on avait empêché le premier cas de choléra de pénétrer en Europe, il n'y aurait peut-être jamais eu d'épidémie cholérique.

« Un fait important, dit M. Tholozan à la page 48, c'est que dans la dernière moitié de 1851, le choléra est signalé dans plusieurs districts de la Silésie et de la Pologne, et particulièrement à Breslau. *On dit* qu'il fut importé dans cette dernière ville de Bohême ; mais ce qui doit principalement fixer l'attention, c'est le choléra de la capitale de la Bohême dans l'épidémie de 1847-50. A Prague (Griesinger), « le choléra de 1849 eut six recrudescences différentes qui « tombèrent tantôt en été, tantôt en hiver; elles durèrent deux ans et neuf mois jusqu'à « l'extinction complète de la maladie. » « C'est donc dans cette longue épidémie de Prague et de la Bohême, dans les années 1849-51, qu'il faut chercher la filiation des explosions cholériques de la fin de 1851 en Silésie et en Pologne, et le dernier chaînon de l'épidémie de 1847-50, qui se relie à l'épidémie de 1852-55. »

« On peut assurer, ajoute-t-il à la page 56, que la maladie de 1852-55 ne vient pas directement de l'Inde, mais on ne peut nier qu'elle se relie immédiatement à une épidémie venue d'Asie. On peut discuter sans doute son origine éloignée, mais le fait capital et tout à fait prouvé, est que son origine prochaine est incontestablement européenne. »

Tels sont les raisonnements et les faits vagues ou sans dates précises dont M. Tholozan est obligé de se contenter pour expliquer et justifier la filiation de l'épidémie de 1852 avec l'épidémie de 1847, filiation nécessaire à la théorie de l'importation qu'il condamne lui-même, mais à laquelle, par condescendance, il laisse encore une porte étroitement ouverte ; et, pour expliquer cette filiation, il en est réduit à émettre cette autre hypothèse : « Que les germes cholériques, importés de l'Inde, sont quelquefois susceptibles, en Europe même, de se rallumer, après un arrêt plus ou moins long, et de donner naissance à un fléau aussi terrible que celui qui vient directement de l'Inde. »

Il faut le reconnaître toutefois, en admettant cette filiation, M. Tholozan fait consciencieusement ses réserves en disant à la page 55 : « Avouons que les germes cholériques sont une hypothèse, personne ne les a vus ni reconnus d'une manière incontestable. Par suite, nous ne savons rien de positif relativement à leur germination et à leur renouvellement. Est-ce une création nouvelle ou une création spontanée ? Nous n'en savons absolument rien. L'épidémie de 1847-50 a-t-elle agi en laissant en Europe des semences qui se sont développées plus tard, ou bien a-t-elle laissé une prédisposition telle que des germes ont pris spontanément naissance? Toutes ces questions sont l'inconnu. »

Si toutes ces questions sont l'inconnu, elles le sont en effet et elles le seront toujours, pourquoi laisser croire ou même convenir, sans faits précis à l'appui, que l'épidémie de 1852 se relie par voie de contagion à celle de 1847 ? Pourquoi ne pas s'en tenir à ce que nous apprend l'observation de chaque jour, savoir : que les épidémies cholériques, comme les épidémies de grippe, se développent spontanément, c'est-à-dire sans le concours de l'importation dans les lieux où elles se montrent?

Pour concilier le fait de l'origine européenne de l'épidémie cholérique de 1852 avec la théorie de l'origine primitivement indienne du choléra, l'embarras de M. Tholozan, comme vous le voyez, est grand ; il est d'ailleurs le même que celui de tous ceux qui défendent consciencieusement cette dernière théorie.

Dans son introduction, M. Tholozan s'exprime ainsi : « Un grand géomètre dit, à propos de la « vie et des travaux du fondateur de l'astronomie moderne, que les détails les plus minutieux « et les plus humbles en apparence peuvent seuls, même en gros, montrer comment les « choses se passent et servir de pierre de touche aux théories, et que si on les néglige on peut « s'enfoncer avec une confiance qu'eux seuls peuvent faire disparaître dans la contemplation « des systèmes incomplets et des théories inexactes. »

« On peut porter, dit-il, le même jugement à propos de l'épidémiologie, à laquelle les théories n'ont pas manqué. Avant que les faits fussent observés et notés même en gros, la spéculation y a souvent supplanté l'observation. Avant que l'analyse eût rassemblé les matériaux et qu'une méthode rigoureuse les eût classés, on a bâti des systèmes et tiré des conclusions générales. Si l'on recherche d'où viennent les quatre grandes épidémies cholériques qui ont parcouru l'Europe depuis quarante ans, et si l'on essaye de préciser leur trajet de l'Inde jusque dans nos foyers, on trouve bien des obscurités et des incertitudes chez les différents analystes. Lorsque, voulant explorer davantage cette question, on se demande si l'Europe n'a pas joué un rôle important dans le développement du choléra épidémique, on trouve qu'on s'est contenté à ce sujet de données mal définies et d'aperçus hypothétiques. La théorie régnante y a gagné en clarté et en simplicité, mais non en exactitude ni en profondeur ; elle y a perdu pour la notion exacte des faits et pour leur interprétation rigoureuse. »

Quel beau langage, Messieurs, et quel dommage que, dans notre belle science médicale, on s'y conforme si rarement! C'est en s'y conformant que M. Tholozan a clairement démontré l'origine européenne du choléra de 1852 ; mais c'est en l'éludant lui-même, en substituant

l'hypothèse à l'observation, les faits vagues aux faits précis, qu'il a pu expliquer la filiation de cette épidémie par voie de contagion avec celle de 1847-50.

Oui, Messieurs, pour qu'une théorie soit vraie et par suite féconde, il faut que tous les détails, que tous les faits particuliers y trouvent aisément leur place naturelle; et, si tous les épidémiologistes, se conformant à ce principe, savaient toujours subordonner la théorie à l'observation; si, faisant à la littérature et à la curiosité l'abandon de tous les faits équivoques ou sur lesquels on ne possède que des renseignements vagues ou incertains, ils n'utilisaient pour la science que les faits authentiques, complets et précis, on saurait bien vite que le choléra vit, croît et meurt là où il a pris naissance, que chaque épidémie cholérique est indépendante de celle qui l'a précédée, que la doctrine de l'origine exclusivement indienne du choléra et son importation par les hommes ou par les choses, d'un point sur un autre point, d'un continent sur un autre continent, n'est qu'une chimère; que les quarantaines, les cordons sanitaires, l'isolement en vue d'éviter la généralisation des épidémies cholériques ne sont qu'une cruelle déception, et, à coup sûr, il n'y aurait bientôt plus, parmi les hommes éclairés, d'autres contagionistes, en fait de choléra, que ceux qui auraient un intérêt particulier à l'être ou à le paraître.

Messieurs, l'*Origine nouvelle du choléra asiatique* est une œuvre scientifique d'une haute portée; elle fait une brèche nouvelle et très-profonde à cette fatale théorie de la contagion et de l'origine exclusivement indienne du choléra épidémique, en fournissant une grande et nouvelle démonstration de son développement spontané en Europe. La Société médicale d'émulation doit des remercîments à son auteur et tous ses encouragements pour la continuation de ses études. Je n'hésite pas à vous proposer de nous rattacher plus intimement M. Tholozan en lui conférant le titre de membre correspondant de notre Société.

ORGANISATION MÉDICALE

SUR LE PROJET D'ORGANISATION DE LA MÉDECINE MILITAIRE.

A Monsieur Amédée Latour.

Monsieur,

Le projet d'organisation de la médecine militaire était attendu avec anxiété par le corps médical. On pensait que, mieux inspirée, la commission ferait droit aux justes réclamations des médecins : aujourd'hui, toutes les espérances que l'on avait conçues semblent devoir s'éteindre; car, d'après les renseignements que vous avez donnés dans un de vos derniers numéros, on n'aurait rien trouvé de mieux que de renouer les traditions anciennes, recommencer le passé et s'en tenir au programme d'autrefois.

Je savais bien que l'organisation actuelle avait pu séduire la foule de ceux qui ne veulent rien prévoir et qui trouvent tout naturel que l'on joue au petit bonheur les destinées d'une armée; mais ces optimistes eux-mêmes, je les croyais bien désillusionnés sur leur prédilection, car deux fois dans ces derniers temps ils ont eu de douloureux réveils à l'occasion des affaires de Crimée et d'Italie. Il paraît que j'étais dans l'erreur : *Oculos habent et non videbunt.*

Bien qu'on ait cherché à lui imprimer un cachet de lutte personnelle et intéressée, la question posée entre la médecine et l'intendance n'est pas une question de parti; les réclamations des médecins ne sont pas non plus le résultat d'une vaine et séduisante théorie, une prédilection platonique pour les formes de la liberté, l'amour pour de vaines prérogatives; c'est une raison purement humanitaire qui les force à déplorer les limites étroites de leur pouvoir, contrastant avec l'étendue de leur mission, c'est-à-dire celle de sauvegarder la santé de l'armée et aussi celle du Trésor; car, dans toute administration, l'intérêt financier doit jouer un grand rôle, et le gouvernement a le devoir de s'en préoccuper sérieusement. Mais le mot d'intérêt financier est très-élastique; il prête à des interprétations diverses et a besoin d'être expliqué. Une petite dépense faite à propos peut quelquefois conjurer des accidents très-graves, sauver une armée, et, par le fait même, économiser des millions à l'État. En général, on ne se préoccupe du mal que lorsqu'il est présent, sans songer à prévenir celui qui peut venir; car les graves épidémies qui ravagent les armées ne sont pas des événements fortuits qu'il faille rejeter du domaine de la médecine. En contact perpétuel avec les agents physiques qui font au soldat une guerre acharnée et incessante, ce n'est, le plus souvent, que par des mesures hygiéniques qu'on pourra prévenir ces graves épidémies qui non-seulement immolent plus de victimes que le fer et le feu, mais qui sont encore si ruineuses pour le Trésor. Dans toutes nos guerres, l'expérience a démontré à quels douloureux résultats ont conduit l'état d'infériorité de la médecine et l'omission des principes d'une hygiène prévoyante.

C'est sur le terrain de l'hygiène qu'un chef d'armée a besoin d'une clairvoyance sans laquelle le succès lui est le plus souvent interdit; combien de fois les chefs alarmés n'ont-ils pas pro-

voqué des enquêtes superflues, sollicité des conseils tardifs et déploré des malheurs qu'on aurait pu prévenir si la voix des médecins avait été écoutée ! Les guerres modernes sont déjà assez destructives par elles-mêmes sans y joindre d'autres désastres inutiles. Et que sert à la France de compter des milliers d'hommes armés, si ces armées fondent entre ses mains avant de combattre ? Nous ne savons si le gouvernement comprend bien à quel point il serait de son intérêt et de celui de l'armée d'affranchir le corps des médecins militaires ; mais ce que nous savons, c'est que la médecine doit le lui apprendre. Ce qui s'est passé en Italie, mais surtout en Crimée, impose à la France un nouvel examen de ses institutions sanitaires. La médecine a trop vu ce qu'elle gagne à rester silencieuse, à laisser se préparer et se terminer les crises où sont intéressés également la santé de l'armée et les intérêts du Trésor, sans faire entendre sa voix : serait-elle résolue à abdiquer et à laisser en d'autres mains le flambeau qui éclaire la marche de la question ? Je ne puis le croire ; et si la médecine a pu quelques jours s'oublier ainsi, il y aurait imprudence à prendre cet oubli momentané pour une renonciation définitive. Et quel moment n'est mieux choisi, n'est plus favorable pour rechercher quelles lumières jettent, sur un des graves problèmes de notre époque, les événements d'un passé d'hier ? Si nous rappelons cette grande leçon d'hier, c'est parce que nous avons la confiance qu'elle est encore vivante dans tous les esprits. Voyez, en Crimée, quelles sont les conséquences du système en vigueur : prenons l'époque de la cessation des hostilités, c'est-à-dire de 1856 à 1857 ; d'après la statistique de M. Chenu, il est entré dans les hôpitaux 12,872 scorbutiques, sur lesquels il en est mort 964, et, dans le même temps, 19,303 typhiques, sur lesquels il en est mort 10,278. A la même époque, l'armée anglaise, qui représentait le tiers de la nôtre, mieux nourrie, mieux logée, n'avait que 203 scorbutiques et 131 typhiques. Depuis longtemps, on avait prédit l'invasion du scorbut : « J'ai pressé l'intendance de diminuer les rations de viande « salée, dit Baudens, d'envoyer des pommes de terre, de l'huile et du vinaigre ; on n'a tenu « aucun compte de mes avertissements prophétiques. » Or, l'intendance avait fait des approvisionnements considérables de riz et de viande salée : ne fallait-il pas se débarrasser de ces approvisionnements qui se gâtaient ? Ne valait-il pas mieux sacrifier des milliers de vies humaines, et par contre, gaspiller les millions du Trésor, que de s'exposer à perdre un million de kilogrammes de viande salée ? Or, nous savons que le scorbut a sa cause dans une alimentation vicieuse. Déjà Baudens avait essayé antérieurement de mettre l'administration en garde contre les menaces du typhus ; il n'est pas plus écouté que son devancier.

« Quand, dans ces circonstances, dit M. Laboulaye (*Revue des Deux-Mondes*, 1870), on voit « MM. Lévy et Baudens prier et supplier pour qu'on ne livre pas à la maladie et à la mort « nos pauvres soldats, on se sent pris d'indignation malgré soi. » Or, au moins cent cinquante mille malades sont entrés dans les hôpitaux ; à 2 fr. 60 c. par journée de malade, comptez la dépense : elle se chiffre par millions, et là encore nous ne comptons pas les frais énormes nécessités par les incessantes évacuations de malades sur la France, les pensions et les gratifications renouvelables accordées pour les infirmités contractées dans ces malheureuses circonstances, et qui grèvent encore aujourd'hui notre budget ; et les nombreuses victimes du fléau, qui, en dehors de toute question d'humanité étrangère à l'intendance, se soldent par des millions, car, morts ou malades, il fallait les remplacer ! Or, à cette époque, le remplaçant se payait 2,600 francs ; chaque soldat était donc, comme dit M. Laboulaye, un capital véritable. « Que l'on ne se récrie pas, ajoute-t-il, sur ce mot : les Anglais, qui l'ont inventé, ne l'ont pas fait assurément par dureté de cœur, mais, au contraire, pour appeler sur le soldat l'intérêt du pays. » Aujourd'hui que le service est obligatoire, le soldat n'est plus cet enfant perdu, racolé dans quelque coin, ce soudard frénétique et brutal d'autrefois, c'est un citoyen qui paye le plus lourd des impôts, l'impôt du sang.

En face de cette cuisante et amère alternative d'une armée dans l'impuissance, que faire ? Envoyer toute une armée nouvelle, au risque de voir cette nouvelle armée périr ; ou bien, vaincue par la maladie, se retirer franchement, courageusement d'une entreprise lointaine qui dévore des milliers de vies humaines dans les hôpitaux, sans profit et sans gloire, en faisant, en outre, de cruelles saignées au Trésor ?... La paix est venue heureusement mettre un terme à cette alternative. Il semble que de pareils faits parlent assez haut : ils sont la traduction sensible et palpable de cette incohérence de notre organisation médicale ; les énoncer clairement et franchement, c'est en fournir la démonstration.

Voyez, dans cette grande guerre de l'Amérique, les hôpitaux furent placés sous la direction immédiate des médecins : on craignait, avec juste raisson, qu'avec la meilleure volonté possible, l'administration soit peu propre à comprendre les exigences, chaque jour nouvelles, de la science de guérir. C'est là qu'on apprend à admirer le bon sens de l'Amérique et que les philosophes de notre monde peuvent aller prendre des leçons.

La circulaire n° 6 fait allusion aux tristes effets du système français opposé en Crimée. Seul responsable de la vie des malades, le médecin militaire américain eut du moins en main tous

les pouvoirs et toutes les forces nécessaires pour combattre la mort. Les chiffres parlent et jugent le système. Jamais, dans les hôpitaux militaires, la mortalité ne fut aussi faible ; jamais armée n'échappa plus complétement aux épidémies qui fauchent les régiments plus vite que le fer et le feu. Comparez, du reste, la mortalité et voyez : elle n'est que de 62 pour 1,000 dans l'armée américaine ; dans le rapport de M. Chenu, elle s'est élevée à 154 pour 1,000. Quel commentaire peut être plus éloquent que ce rapprochement ! Ces chiffres suffisent pour faire ressortir les vices et l'insuffisance avérée d'une administration qui, s'attribuant des aptitudes qui lui sont interdites, se persuadant qu'il est de son devoir de tout régler, repousse le concours des médecins, qui justement possèdent ce qui lui manque.

Si donc les intendants ne peuvent s'opposer à l'envahissement des épidémies ni veiller à l'accomplissement des mesures hygiéniques qui intéressent à la fois à un si haut point la santé de l'armée, l'intérêt du Trésor et le succès de nos armes, s'ils ne peuvent prévoir et par conséquent prévenir les maladies, car la science seule prévoit et conclut, ne leur confiez donc pas cette mission. Que sert à la France de soutenir à grands frais des armées qui se fondent, pour ainsi dire, en marchant ? Que l'on n'aille pas nous dire que les épidémies, dans une armée, sont nécessaires et fortuites ; car les armées où l'hygiène a été bien dirigée ont pu traverser de longs temps de santé ; exemple : les armées prussiennes, force sera bien de conclure que les épidémies ne sont pas nécessaires et fortuites. Si, dans quelques circonstances cependant, il n'était pas possible d'empêcher les épidémies de se manifester, on peut du moins atténuer indéfiniment leur puissance délétère, les rendre plus rares, les réduire à leur plus simple expression.

L'indépendance de la médecine ! Le mot est malsonnant aux oreilles de MM. les administrateurs. Un médecin a-t-il donc besoin d'indépendance ? Pourvu qu'il soit libre dans son service, que lui faut-il de plus ? Est-ce à lui de savoir comment et dans quel sens il sera dirigé ? Est-ce à lui de veiller à une répartition équitable des emplois ? Est-ce à lui de juger, quand vient une vacance, le médecin qui convient le mieux par son instruction pour remplir l'emploi et de désigner directement à l'autorité les candidats dignes d'avancement ? Des médecins qui réclament leurs juges naturels !... Quel scandale ! quelle dissonance ! quelle incroyable atteinte aux prérogatives de l'intendance !... Des médecins qui prétendent donner leur avis sur les grandes questions hygiéniques, sur l'alimentation des troupes, l'installation des hôpitaux ! qui veulent prendre l'initiative des mesures propres à prévenir les épidémies ! Quelle audace et quelle présomption !... Nous autres, gens de qualité, disent-ils avec Mascarille, ne savons-nous pas toutes ces choses-là sans les avoir jamais apprises ? Et pourquoi, je vous le demande, ces prétentions de la part des médecins ? Ne serait-ce pas parce que les médecins seuls savent pertinemment ce qui convient à l'intérêt des malades, à la science et à ses progrès, et que l'administration, même la plus habile et la plus éclairée, est, de l'aveu de tous, incompétente en ces matières ? Et si elle n'en convient pas tout haut, elle en est, à coup sûr, aussi convaincue que nous. Quel jury d'examen, d'ailleurs, est chargé de constater leur aptitude en pareille matière ? La médecine aurait-elle donc moins de secrets, moins de mystères que l'art d'administrer ? Que deviendraient nos travaux publics si l'on s'avisait de faire gouverner les ingénieurs par les évêques ? Que deviendrait la justice civile, si nos juges pouvaient être suspendus par les colonels ? Que deviendraient nos régiments, dans une grande bataille, s'ils étaient commandés par des agents de change ? Or, nos médecins sont placés dans la main, non pas d'un fonctionnaire de leur ordre, mais d'un fonctionnaire essentiellement administratif, qui, ignorant les éléments les plus grossiers des sciences physiologiques, dispose non-seulement de leurs destinées, mais encore de celles de malades.

Disons-le franchement : pour remplir le but pour lequel il est institué, pour que son concours et ses lumières soient utiles à l'armée, il faut au médecin une certaine autorité, une certaine indépendance ; il faut que tout ce qui ressort des besoins du service médical proprement dit, toutes les mesures hygiéniques, tout ce qui affecte directement le bien-être des malades, relève d'une autorité médicale qui pût être écoutée ; il faut que son opinion, ses avis puissent se produire librement ; qu'ils ne soient pas à la merci d'une seule volonté, une volonté incompétente ; il faut qu'ils puissent être discutés, pesés, appréciés à leur juste valeur par des personnes désintéressées ; n'oubliant pas toutefois que tout se tient dans l'économie administrative ; que toutes les mesures ne peuvent être adoptées à l'aveugle ; qu'il faut tenir compte en toute occasion des nécessités, des données de la dépense ; tout cela, bien entendu, sans jamais négliger, dans la limite du possible, les lois de l'hygiène, lois impérieuses qu'il doit toujours avoir devant les yeux. N'est-ce pas là la principale mission du médecin, l'objet de ses travaux de tous les jours ? Il prononce en connaissance de cause et ne risque pas de s'égarer faute d'une étude spéciale. Pour l'intendant, au contraire, tout cela est inconnu : il prononce sur ce qu'il ne connaît pas ; il est juge sans avoir étudié la cause, et, malheureusement, la bonne volonté ne supplée pas au manque de préparation. Tous les jours

il prend pour insignifiant ce qui, aux yeux du médecin, est d'une importance capitale, et il donne de l'importance à des choses accessoires ; enfin, il est incompétent de tout point, et, à défaut de connaissances spéciales, promenant partout son omnipotence, il promène avec elle son impuissance et son insuffisance. Que signifie donc ce privilége de l'intendance? Quelle est son utilité, son excuse ? Quel argument le justifie ?

Nous ne voulons pas dire que le médecin devra toujours décider souverainement dans le cercle de ses attributions, donner des ordres, comme on l'a dit à tort. Nous ne voulons pas, comme on a cherché à l'insinuer, un corps absolument maître de lui-même, se gouvernant en toutes choses sans contrôle et à sa fantaisie. Non ; qu'il soit administré et même dirigé, tant qu'on voudra, dans les diverses parties du service qui ne touchent pas essentiellement à l'art médical ; mais que la direction, l'initiative directe des propositions, la nomination dans les emplois ne soient soumis, de la part du pouvoir, qu'à des sanctions, sinon de pure forme, au moins assez tolérantes. Je ne vois rien là dont se puisse inquiéter le pouvoir le plus ombrageux. L'autorité aura toujours mille moyens de pénétrer dans le sanctuaire réservé et arrêter les abus, s'il s'en introduit.

Si, dans cette organisation, l'influence de l'administration sur les choses de la médecine est un peu compromise, elle aura au moins l'avantage d'échapper aux embarras inextricables du système qui règne aujourd'hui, de se délivrer en même temps d'une foule d'attributions qui entravent son zèle, encombrent ses travaux, et enfin de se décharger de ce lourd fardeau de la responsabilité.

Et, maintenant, quel est le remède ? Suffira-t-il de retrancher quelques dispositions de détail ? Non, l'expérience est faite ; on a eu beau, depuis bien des années, corriger le règlement et le recorriger, le modifier à la surface, en ajourner quelques parties, en supprimer quelques autres, on n'a rien changé, rien guéri. Le mal est plus profond : c'est le principe même, c'est l'esprit du règlement qui en fait le vice. Il faut de toute nécessité des rapports nouveaux entre le corps des officiers de santé et celui de l'intendance. Quels sont ces rapports ? Ce n'est pas à nous de le dire, ils ressortent de tout ce qui précède.

Pardonnez, j'ai peut-être abusé ; mais j'ai cru que rechercher les améliorations à introduire dans le corps de santé était du devoir de quiconque ne croit pas l'organisation médicale arrivée à la perfection idéale et ne trouve pas que tout soit absolument bien dans le meilleur des règlements possible, et que, si le médecin a le droit d'être désintéressé pour lui-même, il n'a pas le droit de l'être pour son corps et de sacrifier l'intérêt de l'armée ; car mes vœux, vous le voyez, ne séparent pas les intérêts du corps médical de ceux des malades eux-mêmes : nos sentiments n'ont d'autre source que l'amour du bien et le désir de l'exercer librement. Personne ne se méprendra, j'espère, sur le sens et la portée de ces vœux.

J'ai dit sur toutes choses ma pensée entière ; je n'ai pas cru, par faiblesse, devoir mutiler la vérité ; ma vieille expérience m'en donne le droit, comme elle me donnerait celui de me désintéresser, de m'isoler de toutes les agitations du moment, comme si je pouvais arrêter les battements de mon cœur lorsqu'il s'agit de notre profession !

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Aug. HASPEL,
Médecin principal de 1re classe en retraite.

BIBLIOTHÈQUE

DE L'ARTHRITE DU GENOU ET DE L'ÉPANCHEMENT ARTICULAIRE CONSÉCUTIFS AUX FRACTURES DU FÉMUR, par le docteur Paul BERGER, aide d'anatomie, interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux. G. Masson, 1873.

C'est là un sujet neuf et peu étudié jusqu'ici, que M. P. Berger avait déjà traité dans un mémoire auquel il dut en partie la médaille d'or de l'internat, et qu'il vient de publier comme thèse inaugurale. La question est restreinte, bien limitée, et constitue un chapitre intéressant de chirurgie pratique, en même temps qu'elle touche, comme nous allons le voir, à la physiologie pathologique.

L'épanchement articulaire du genou, dans les fractures du fémur, est un phénomène constant; d'autre part, il n'est pas sans gravité, car il joue évidemment un rôle dans la raideur articulaire consécutive aux lésions de ce genre. Aussi est-il bien étonnant que la plupart des auteurs le passent complétement sous silence, ou en parlent en termes vagues, sans l'étudier sérieusement ni se douter de sa fréquence. Quelques passages sans importance de Malgaigne, de Dethil (thèse de Paris, 1869), la thèse d'Alison (1871), une communication du docteur Rouge, de Lausanne, tels sont les rares matériaux que M. Berger a pu recueillir. Son travail

repose exclusivement sur une série de faits recueillis par lui à la clinique du professeur Gosselin; un seul cas lui a été communiqué par M. Vulpian.

Avant d'étudier les caractères et la marche de l'épanchement articulaire, l'auteur rapporte les vingt-deux observations originales dont il s'est servi pour tracer l'histoire de cet accident. Les unes ont trait à des fractures récentes de causes diverses, ou à des fractures par coup de feu; d'autres à des fractures consolidées depuis plusieurs années. Toutes sont remarquables par l'exactitude des détails concernant l'apparition de l'épanchement, son abondance, sa marche, etc. Passant ensuite à l'analyse de ces observations, l'auteur étudie, dans autant de chapitres distincts, le *début* de l'arthrite, ses *signes*, sa *durée*, ses *terminaisons* diverses.

Toute fracture du fémur est nécessairement suivie d'un épanchement séreux dans l'articulation du genou, qui apparaît d'autant plus rapidement que la fracture siége plus près de l'articulation, que la contusion des parties molles et l'épanchement sanguin interstitiel sont plus considérables (fractures par cause directe, par coup de feu), que l'âge du sujet est moins avancé.

Les signes physiques ne manquent jamais. C'est d'abord une déformation semblable à celle de l'hydarthrose ordinaire; puis la position du membre, c'est-à-dire la demi-flexion et la rotation en dehors, et par suite l'augmentation du déplacement suivant la circonférence ainsi que du déplacement angulaire; l'augmentation du volume et de la circonférence du genou, variant, comme l'époque du début, avec le siége de la fracture, l'état des parties molles et l'âge du blessé; enfin la fluctuation et le choc de la rotule. Les signes fonctionnels sont de trois ordres : perte de la fonction, production de mouvements nouveaux dépendant du relâchement de l'articulation, enfin sensibilité spontanée ou provoquée du genou, seul de tous les signes immédiats qui doive faire considérer l'épanchement comme le résultat d'une véritable arthrite.

Quant à la durée de l'épanchement, elle est fort longue, mais il n'est guère possible de la déterminer d'une manière exacte. Sauf dans trois cas, les malades ont tous quitté l'hôpital avec leur épanchement bien constaté. Il semble, toutefois, que la résorption ait lieu plus vite chez les jeunes sujets.

L'inflammation chronique ou subaiguë de la jointure semble, dit l'auteur, succéder à l'hydarthrose et non la déterminer. C'est quelquefois après la levée de l'appareil que l'épanchement atteint son plus haut degré. On ne doit faire aucune distinction entre les épanchements consécutifs aux fractures simples et ceux qui accompagnent les fractures ouvertes. Enfin, dans un important chapitre, l'auteur insiste sur les terminaisons : engorgement persistant du genou avec élargissement de la rotule, raideur articulaire, dont toutes les causes possibles sont passées en revue et discutées avec soin.

Telle est, en quelques mots, la partie clinique de ce travail. A chaque chapitre est annexé un tableau synoptique qui en résume les principaux détails, et qui, aux yeux de quelques lecteurs, passera sans doute pour faciliter l'intelligence du texte. Quant à nous, il est rare que ces sortes de tableaux ne nous paraissent pas plus longs et plus difficiles à comprendre que les chapitres qu'ils ont la prétention de rendre plus clairs.

La dernière partie du travail de M. Berger est consacrée à une série d'expériences sur les animaux, destinées à éclairer la pathogénie de l'épanchement articulaire. Il faut, selon nous, louer sans réserve les recherches de cette nature, et se garder de méconnaître l'importance de ces études physio-pathologiques. Après la constatation et l'analyse d'un phénomène clinique, doit venir nécessairement la recherche de ses causes et de son mécanisme; et, dussent le chien boule-dogue, le lapin angora et le très-fort lapin gris ne pas répondre toujours à la première injonction, ce dernier point, cependant, n'est jamais à négliger. Dans le cas actuel, la conclusion n'est peut-être pas absolument définitive. « Cet épanchement résulte avant tout, dit M. Gosselin, de la transsudation à travers le cul-de-sac de la synoviale d'une partie du sérum provenant du sang à moitié coagulé qui constitue l'infiltration sanguine gélatiniforme autour de la fracture. » M. Berger ajoute avec raison qu'il ne peut être uniquement formé par la transsudation du liquide à travers la synoviale, et que l'épanchement périarticulaire détermine sans doute par sa présence une congestion, une phlegmasie modérée de la synoviale, ayant sa part dans la production de l'hydarthrose.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, la thèse de M. Berger, remarquable par la nouveauté du sujet, la clarté de l'exposition et le soin minutieux avec lequel les observations sont analysées, constitue un travail d'une véritable valeur, et dont l'importance clinique ne saurait être mise en doute.

L.-Gustave RICHELOT,
Aide d'anatomie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 juillet 1873. — Présidence de M. Depaul.

Rapport sur la réorganisation du service de santé,

Par M. Broca.

Le temps et l'espace ne nous permettant pas de publier en entier le rapport de M. Broca, nous en détachons le fragment suivant, qui est en quelque sorte la péroraison de ce remarquable travail :

« Dans l'état actuel des armées européennes, dans les conditions que créent l'accroissement considérable des effectifs et la rapidité jusqu'ici sans précédent des opérations de la guerre, la nécessité d'une réorganisation militaire s'est imposée à toutes les grandes puissances. Les pays voisins qui nous ont précédés dans cette voie nous donnent des exemples qui ne doivent pas être perdus pour nous. Toute complication qui n'est pas indispensable doit être évitée ou supprimée; chaque service doit pouvoir fonctionner sous l'autorité commune et unique du commandement, sous la responsabilité directe d'un chef compétent et pris dans son sein. Si ce principe, récemment développé avec tant d'autorité par M. le duc d'Audiffret-Pasquier dans les commissions de la réorganisation de l'armée et des marchés, peut donner lieu à des objections pour ce qui concerne certains services, il doit du moins prévaloir dans l'organisation du service de santé, qui exige de la part de son chef une compétence pratique et scientifique toute spéciale. Cette compétence, on la demanderait en vain aux hommes si distingués qui composent le corps de l'intendance. Le plus souvent, d'ailleurs, le sous-intendant qui dirige le service de santé ne peut s'y adonner tout entier. Il a d'autres soins qui, précisément dans les moments les plus difficiles, absorbent une grande partie de son activité, de sorte que le service de santé ne trouve en lui ni un chef compétent, ni un chef spécial.

« Vos commissaires, sans avoir la prétention de s'immiscer en rien dans les questions générales qui concernent l'organisation de l'armée, vous proposent donc, Messieurs, de signaler à M. le ministre la nécessité de donner au service de santé de l'armée une constitution autonomique, sous la responsabilité d'un chef qui sera pris dans son sein, qui sera nécessairement soumis à un contrôle administratif, mais qui ne relèvera que du commandement.

« Si vous adoptez ce principe, la question soumise à vos délibérations sera résolue, sans que vous ayez à vous préoccuper des intérêts personnels, et sans que vous ayez à considérer autre chose que la santé du soldat, qui constitue un intérêt public et même national de premier ordre.

« Et maintenant, parmi les trois personnages qui représentent respectivement les trois branches parallèles du service de santé, savoir : le médecin, le pharmacien, et l'officier d'administration, quel est celui qui doit être choisi pour diriger l'ensemble du service? La question ainsi posée ne peut donner lieu à aucune hésitation. Il est évident que la direction doit être attribuée au médecin, qui est le membre le plus nécessaire du service de santé. C'est lui aussi qui est le plus compétent, et qui est enfin le plus populaire dans l'armée; car il est le compagnon du soldat ; il partage ses fatigues et ses dangers, il va braver avec lui la mort sur les champs de bataille et dans les foyers d'épidémie, et le soldat, qui le connaît, qui l'aime, qui le respecte, est prêt à reconnaître son autorité.

« La subordination de l'élément pharmaceutique et de l'élément administratif à l'élément médical est la conséquence naturelle de ce système. Mais en résultera-t-il un abaissement de la pharmacie militaire? Nous ne le pensons pas. Nous savons bien que, dans certains projets, il est question de supprimer en même temps le grade de pharmacien inspecteur, et de remplacer cet inspecteur dans le conseil de santé par un inspecteur adjoint, comme cela a lieu dans le service de santé de la marine de l'État. Quoiqu'il n'y ait et ne puisse y avoir dans l'armée qu'un seul pharmacien inspecteur, et quoiqu'on n'ait nullement songé à diminuer le nombre des pharmaciens principaux, la suppression de ce grade léserait évidemment les intérêts de ceux des pharmaciens de l'armée qui peuvent y prétendre. Mais nous ferons remarquer que ce n'est là qu'un détail secondaire, parfaitement distinct du principe général que nous examinons. Ce principe n'implique nullement la suppression du grade de pharmacien inspecteur, pas plus que le principe fondamental de l'organisation actuelle n'implique la conservation de ce grade. Nous ferons remarquer surtout qu'il est tout à fait inexact de prétendre que le fait de la subordination de la pharmacie abaisserait d'un degré les grades des pharmaciens. Ces grades, ainsi que ceux des médecins, resteraient tels qu'ils sont aujourd'hui, avec leur assimilation respective à ceux des autres corps de l'armée.

« Et si le principe de l'autonomie du service de santé n'atteint les pharmaciens militaires

ni dans leurs positions ni dans leurs grades, quelle est donc la cause de la résistance qu'ils opposent à une réforme si utile? Est-ce parce que le mot de *subordination* dont on s'est servi à cette occasion froisserait leur amour-propre? Mais la subordination est la règle universelle dans l'armée. On n'est pas diminué pour être subordonné à un chef, à moins que celui-ci ne soit indigne. Au lieu d'être subordonnée à un sous-intendant comme elle l'est aujourd'hui, la pharmacie serait subordonnée au chef du service de santé, au même titre que la partie administrative et la partie médicale de ce service, et il semble qu'elle devrait préférer cette direction scientifique et pour ainsi dire confraternelle à celle qui la régit aujourd'hui. Et cependant les pharmaciens ne cachent pas leur préférence pour le système actuel. N'ayant pas, comme les médecins, l'occasion d'en constater sans cesse les inconvénients, ils l'acceptent avec plaisir. Lorsque les besoins du service de santé font naître quelques difficultés, ils se rangent volontiers à l'avis de l'intendance, et si nous les voyons aujourd'hui s'allier avec elle pour combattre le principe de l'autonomie, c'est plutôt l'effet d'une longue habitude que celui d'un intérêt commun; car l'intendance est seule en cause; c'est elle seule qui, en perdant la direction d'un service important, pourrait se sentir atteinte. Quant à la pharmacie militaire, elle conserverait son rang et sa dignité, et l'on ne voit pas en quoi elle pourrait se plaindre de voir grandir, aux dépens du corps de l'intendance, dont elle ne fait pas partie, la position du corps de santé, auquel elle appartient.

« Ce serait, il est vrai, l'élément médical qui recueillerait la succession de l'intendance, et il n'est pas douteux que la médecine militaire en serait rehaussée. L'opposition des pharmaciens se trouve ainsi expliquée, plutôt que justifiée, par un sentiment de rivalité professionnelle. Est-ce là un motif suffisant pour entraver une réforme? Si cette réforme n'intéressait que les personnes, il y aurait lieu peut-être de tenir compte des questions d'amour-propre, et quoique les pharmaciens ne forment pas la huitième partie de l'effectif des officiers de santé militaires, on pourrait hésiter à leur donner un sujet de mécontentement, même peu fondé. Mais les considérations de cet ordre doivent s'effacer devant un grand intérêt public. La santé et la vie de nos soldats sont en jeu. Elles seront mieux protégées sous une direction médicale que sous une direction purement administrative. Toute la question est là.

« L'autonomie du service de santé s'impose donc à nous comme une réforme nécessaire. Ne nous laissons pas émouvoir par un prétendu argument d'impossibilité qu'invoquent toujours les adversaires de toutes réformes. Celle que quelques personnes déclarent impossible a déjà reçu, dans la plupart des grandes armées étrangères, la sanction de l'expérience. La France est la seule puissance militaire où le service de santé soit encore assujetti aux entraves administratives. Nous avons déjà eu l'occasion de citer l'exemple du nouvel empire d'Allemagne, et celui du royaume d'Italie. Nous pouvons y joindre celui de l'Angleterre, celui des États-Unis, celui de la Russie, et même enfin celui de la Turquie. L'autonomie du service de santé existe en Angleterre depuis la guerre de Crimée; elle a été reconnue nécessaire et mise en pratique plus de dix-huit ans avant la loi toute récente qui a assimilé les grades de chirurgiens militaires à ceux des autres officiers; elle a donc fonctionné dans des conditions beaucoup moins favorables que celle où se trouve actuellement notre propre service de santé.

« En Amérique, dans cette terrible guerre de la Sécession, qui éclata tout à coup après cinquante ans d'une paix profonde, et qui trouva tous les éléments militaires dans un état à peine rudimentaire, le service de santé put, grâce à son autonomie, s'organiser et se développer en quelques mois, créer des ressources immenses, faire face à toutes difficultés, et se montrer toujours égal, quelquefois supérieur à ceux de la vieille Europe. Rien ne saurait démontrer, mieux que cet exemple, l'excellence du système autonomique que nous défendons et qui prévaut maintenant, sous les gouvernements les plus divers, chez la plupart des puissances militaires. La France, qui a si souvent précédé les autres peuples dans la voie du progrès, s'est laissé cette fois devancer par eux, et puisque le malheur des temps la contraint aujourd'hui à réorganiser son armée, elle ne doit pas hésiter plus longtemps à élever son service de santé au rang qu'il occupe dans les autres pays.

« En conséquence, Messieurs, vos commissaires vous proposent à l'unanimité de répondre à M. le ministre, au sujet « des réformes que va nécessiter la réorganisation de l'armée et au nombre desquelles figure celle du corps des officiers de santé militaire » :

« 1° Le système de la fusion de la médecine et de la pharmacie militaire doit être rejeté, comme préjudiciable aux intérêts de l'armée.

« 2° L'organisation actuelle du service de santé militaire ne répond pas aux besoins et aux intérêts de l'armée. Il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un chef compétent et pris dans son sein.

« 3° L'autonomie du service de santé entraîne comme conséquence logique la subordination de la pharmacie à la médecine dans l'armée. »

—

M. CHATIN fait une communication *sur la présence, très-générale, du nitrate de potasse dans les végétaux.*

On connaissait depuis longtemps, par les recherches de MM. Chevreul, Chevalier, Guibourt, Saladin, Péligot, Boussingault, la présence du nitrate de potasse dans le pastel, la vulvaire, la bourrache, les orties, la betterave, la pariétaire; en ces derniers temps, M. Boutin signalait à l'Académie des sciences l'existence, dans l'*Amarantus Blitum*, de 11 pour 100 de ce sel. Il restait à établir, par des recherches suffisamment variées, si les faits qui précèdent doivent rester isolés; si, au contraire, ils se rattachent à quelque chose de général, soit qu'on considère les espèces végétales qui les offrent dans leurs rapports avec les milieux dans lesquels elles vivent, ou avec les groupes naturels auxquels elles appartiennent.

Ce sont les résultats des études entreprises dans cette direction que je communique aujourd'hui à l'Académie, et qui se résument dans les propositions suivantes :

1. Le petit nombre de plantes dans lesquelles le nitre a été signalé appartiennent, directement ou par de proches congénères, à la catégorie des plantes de murs et décombres, désignées par les botanistes sous le nom de *Plantæ ruderales.*

2. Développant la constatation qui précède, j'établis que *toutes* les plantes rudérales sont riches en nitrates (une plante est dite riche en nitrates quand elle contient plusieurs centièmes de son poids sec de ces composés).

3. Les espèces des rochers (*Plantæ rupestres*), celles surtout des roches calcaires poreuses, sont nitrifères comme celles des murs.

4. Des espèces des prés (Ulmaire), des bois (Belladone), des champs (Fumeterre, Renouée), sont riches en nitrates, comme la généralité de celles des murs et des rochers.

5. Parmi les céréales, le blé, l'avoine, l'orge et le seigle sont très-pauvres en nitrates; le contraire a lieu pour le sarrasin, pour le maïs surtout.

6. L'aptitude des espèces à emmagasiner le nitre varie avec les groupes naturels. On peut citer, parmi les familles les plus nitrifères, les Chénopodées, Amarantacées, Caryophyllées, Polygonées, Solanées, Papavéracées et Fumariacées.

7. Sous quelques réserves, on peut dire que les Dicotylédones comptent plus de plantes nitrifères que les Monocotylédones, et que, parmi les Acotylédones, les mousses, vraies nitrières, sont au premier rang; les lichens, les champignons et les algues au dernier.

8. Les plantes cultivées dites épuisantes (Graminées) sont, dans leur ensemble, plus pauvres en nitrates que les espèces améliorantes (Légumineuses).

9. C'est dans les parties herbacées, parfois aussi dans les racines, que s'accumulent principalement les nitrates.

10. La proportion des nitrates diminue dans les plantes vers l'époque de la maturation des fruits.

11. La présence des nitrates dans les plantes est un fait général, mais variable suivant les milieux, les familles et les espèces végétales.

12. On peut dire qu'une plante est riche en nitrates quand elle en contient plusieurs centièmes de son poids. Une telle plante brûle en scintillant et crépitant; la cendre qu'elle laisse est blanche (comme celle des bons cigares).

JOURNAL DES JOURNAUX

Emploi de la strychnine contre les affections nerveuses, par le professeur CHISOLM. — Pour obtenir tous les bons effets que la strychnine peut produire, notamment dans l'atrophie du nerf optique et autres altérations analogues, il est nécessaire, suivant l'auteur, de tenir l'organisme sous l'action physiologique complète de cet énergique nervin, en l'administrant à dose aussi élevée que le malade peut supporter. Un demi-grain par jour lui paraît la dose maximum. Il l'administre de préférence après un bon repas et à plus forte dose le matin; l'accumulation est ainsi moins à craindre qu'en la donnant le soir. L'action, ainsi produite, égale celle des injections hypodermiques qu'il a abandonnées. Il l'administre en granules dont il augmente graduellement le nombre pour favoriser la tolérance. L'usage peut en être ainsi prolongé avec avantage (*Amer. journ. of med. sciences*, avril). — P. G.

FORMULAIRE

SUPPOSITOIRE CONTRE LA CYSTITE.

Stéarine	2 grammes.
Beurre de cacao	3 —
Extrait de belladone	20 centigrammes.

F. s. a. un suppositoire conseillé contre la cystite aiguë. — Pilules opiacées camphrées à l'intérieur. — Cataplasmes émollients sur le bas-ventre. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 12 Juillet 1209.

Le pape Innocent III décrète un règlement concernant l'Université de Paris; il détermine l'habillement des maîtres, la tenue des étudiants, la discipline des écoles, les obsèques des trépassés. Du Boulay a publié cette pièce si importante. (*Histor. univ.*, t. III, p. 45.) — A. Ch.

COURRIER

Le numéro de ce jour contient un Supplément de huit pages.

Ceux de nos lecteurs qui, ne collectionnant pas l'UNION MÉDICALE, posséderaient des numéros de janvier 1873 qui ne leur seraient pas utiles, sont instamment priés de nous les adresser. Il leur sera tenu compte, s'ils le désirent, de la valeur de ces numéros.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Chrétien (Henri-Marie-François), docteur en médecine, est nommé aide de physiologie expérimentale à la Faculté de médecine de Nancy.

Le service pharmaceutique dans l'armée allemande. — Le service pharmaceutique est composé, dans l'armé prussienne, de la façon suivante :

Pour l'armée active : 1° de 7 pharmaciens-majors, chargés chacun de centraliser, sous le contrôle du médecin général respectif, le service pharmaceutique de deux corps d'armée; 2° des pharmaciens volontaires d'un an.

Pour l'armée entière lors d'une mobilisation générale : 1° des 7 pharmaciens-majors; 2° des pharmaciens volontaires d'un an; des pharmaciens du *Beurlaubenstand*.

Une décision de la division médico-militaire, en date du 22 janvier 1873, vient encore de réduire ce cadre en disposant qu'à l'avenir les pharmaciens ayant obtenu le diplôme du degré supérieur sont seuls admis à satisfaire à leurs obligations en servant dans les établissements pharmaceutiques.

Un certain nombre d'emplois de pharmaciens devenant ainsi vacants, la circulaire ministérielle décide que, dans tous les établissements hospitaliers non pourvus d'un pharmacien, le service de la préparation et de la distribution des médicaments sera fait, sous le contrôle d'un des médecins assistants spécialement chargé de ces attributions, par un aide de lazaret.

Il est recommandé aux médecins traitants des hôpitaux de réduire au strict nécessaire les médicaments exigeant une préparation compliquée. La plus grande simplicité est recommandée pour la formulation, afin de simplifier ainsi la tâche de l'aide-major chargé de la pharmacie. Les pommades, onguents, teintures, etc., devront être préparés par l'infirmier. Les pilules seront au besoin achetées dans les pharmacies civiles avec lesquelles il y a lieu de passer un marché à cet effet. Dans les grands hôpitaux, où jusqu'à présent fonctionnaient plusieurs pharmaciens, un seul de ces agents suffira pour assurer le service.

AVIS

LE PARNASSE MÉDICAL FRANÇAIS

ou

Dictionnaire des Médecins-Poètes de la France

Par le docteur Achille CHEREAU.

Cet ouvrage, qui formera un volume de 600 pages environ, et qui sera vendu *au prix de 6 francs*, est terminé et prêt à être livré à l'impression. Comme il sera édité aux frais de l'auteur, M. Chereau a besoin de s'assurer un nombre suffisant de souscripteurs pour couvrir, en partie du moins, les dépenses. Les Médecins et les Pharmaciens qui sont dans l'intention d'encourager un travail destiné à montrer la profession sous un jour aussi peu connu que peu apprécié, sont priés d'adresser leur adhésion, soit sur carte postale, soit par lettre, à Monsieur le docteur Chereau, 23, *rue de Bruxelles, Paris.*

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et C°, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Saint-Antoine. — Conférence clinique chirurgicale de M. Benjamin ANGER, Recueillie par M. L. RIVET, externe du service.

DES ULCÈRES SURVENANT CHEZ LES OUVRIERS QUI MANIENT LE VERT DE SCHWEINFURT.

Nous avons, au n° 24 de la salle Saint-Christophe, un malade qui nous a présenté un exemple très-curieux d'ulcères produits par le vert arsenical de Schweinfurt. Il est aujourd'hui presque complétement guéri; il nous a donc été facile de suivre la marche de ces ulcérations, dont l'aspect ne laisse pas, au premier abord, d'en rendre le diagnostic étiologique embarrassant.

Ce malade, entré le 4 février dernier dans notre service, est un jeune homme de 22 ans, de constitution robuste.

Il exerçait la profession de coiffeur, lorsque, il y a trois mois, attiré sans doute par l'appât du gain, car c'est le moyen dont sont obligés de se servir les fabricants pour avoir des ouvriers, il eut la malheureuse idée d'entrer dans une fabrique de papiers peints.

Ce garçon était employé au tamisage du produit chimique, opération que les ouvriers considèrent à juste titre comme la plus dangereuse. L'acéto-arsénite de cuivre, ou vert de Schweinfurt, se présente, en effet, sous l'aspect d'une poudre d'un beau vert, très-fine, presque impalpable et, par suite, susceptible de se répandre facilement dans l'atelier. Or, comme une de ses propriétés chimiques est d'être essentiellement caustique, il s'ensuit que, retenu pendant quelque temps en contact avec la peau, et encore mieux avec les muqueuses, il y produit une cautérisation plus ou moins profonde, mais précédée ici de certains phénomènes particuliers. C'est ce que nous pouvons reconnaître dans les renseignements fournis par notre malade.

Quinze jours seulement après son entrée dans la fabrique, des éruptions pustuleuses se montraient aux extrémités supérieures, accompagnées de démangeaisons si vives qu'elles troublaient son sommeil. Ces lésions s'étendirent bientôt aux membres inférieurs, précédées cette fois d'un gonflement sensible des pieds; puis, peu à peu, ces plaques pustuleuses devenant plus volumineuses, ont fini par

FEUILLETON

DE L'EMBAUMEMENT CHEZ LES ANCIENS ET CHEZ LES MODERNES (1);

Par le docteur J.-P. SUCQUET.

DE L'EMBAUMEMENT EUROPÉEN. — « Le christianisme, qui tient en deux mots : paternité « divine et fraternité humaine, avait fait pour le respect de l'individu, pour la constitution de « la famille et des sociétés, plus que le froid et dur génie de la Rome antique, plus que le « sabre fanatique d'Omar. Il avait déjà rapproché les hommes, et développé ces sentiments « de bienveillance générale et de tendresse particulière, qui sont l'honneur et le charme des « mœurs publiques et privées. Ce sont eux qui inspirèrent alors la pratique des embaume- « ments. »

M. le docteur Sucquet exprime ainsi en termes très-élevés de magnifiques pensées; mais, l'histoire en main, et d'une manière par trop positive, ne pourrait-on pas lui répondre : « *Non erat hic locus.* »

Ce n'est qu'au XVIe et au XVIIe siècles que l'on trouve en Europe des aspirations nouvelles vers l'art de l'embaumement.

Ces aspirations ne tiennent pas à des raisons de sentiment, à des principes religieux, à des modalités de civilisation, mais elles coïncident tout uniment avec le réveil des études anatomiques et des recherches d'histoire naturelle.

Comme il fallait avant tout réunir des collections, il était indispensable de découvrir des

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 10 juillet.

prendre les dimensions de ces grosses pustules d'ecthyma syphilitique, comme on en voit en si grand nombre dans les salles de l'hôpital Saint-Louis.

C'est dans ces conditions que M... (François) entra dans notre service le 4 février dernier. Son corps était littéralement couvert de croûtes; sous les ongles des pieds et des mains, on voyait encore de la poudre arsenicale, avec sa couleur normale, sous forme d'un magma lié par le pus et la sueur. De plus, tout le corps était sillonné d'une sorte de tatouage qui se remarquait *a capite ad calcem*. Sous l'influence d'un bain, il se trouva débarrassé en grande partie de tous ces produits étrangers, et les croûtes, en tombant, laissèrent à découvert des ulcérations très-étendues, occupant toute l'épaisseur du derme, à bords arrondis, taillés à pic, absolument semblables, enfin, comme forme, comme étendue et comme couleur, aux ulcères syphilitiques secondaires, ou encore à certaines gommes ulcérées.

La disposition affectée par les ulcères mérite d'attirer votre attention. Nous avons vu, en effet, à la région dorsale du pied droit, deux ulcères arrondis, présentant chacun un centimètre de diamètre. Il en existait deux analogues au pied gauche.

Un ulcère de même forme était symétriquement placé au-dessous de chaque malléole interne.

Sous les ongles, des ulcérations profondes en avaient détruit la matrice, et plusieurs de ces productions épidermiques tombèrent au bout de quelques jours.

Aux mains, il y avait des ulcères du même genre, mais moins étendus; l'un d'eux, plus profond, a ouvert l'articulation de la première avec la seconde phalange du petit doigt, à la main gauche. La tête de la deuxième phalange a été éliminée; on peut encore percevoir une crépitation qui annonce une lésion osseuse profonde; mais cependant l'amélioration obtenue fait espérer que l'immobilité et la compression amèneront une guérison radicale.

On découvrait aussi des ulcérations dans les fosses nasales et à l'aile du nez.

Le reste du corps était intact.

Le traitement a été des plus simples : nous avons ordonné quelques bains et fait recouvrir les parties lésées de compresses imbibées d'eau de sureau.

On peut voir aujourd'hui que toutes les plaies sont complétement guéries; seulement le tissu cicatriciel, loin de présenter une dépression, proémine au contraire en verre de montre; ce qui donne à ces ulcères guéris un aspect particulier, une forme en bosse facile à vérifier par le toucher.

L'observation de ce malade ne fait assurément que confirmer ce qui a été dit déjà

---

moyens conservateurs nouveaux et d'une application facile. Voilà le vrai sens, le seul sens des investigations de Ruysch, de Swammerdam, de de Bils, d'Ambroise Paré, de Thomas Bartholin, de Forestus, de van Horne, etc. Les formules particulières de chacun d'eux n'avaient qu'un seul but, qu'une seule tendance : préserver de la décomposition les corps de l'homme et des animaux, objets de leurs études.

Ruysch croyait avoir réalisé la conservation indéfinie des parties diverses du corps humain avec leurs qualités physiques particulières.

Swammerdam, naturaliste de mérite, prétendait posséder le moyen de préserver les corps organisés de toute altération après la mort.

Strader ajoute que les corps étaient endurcis par Swammerdam avec leurs formes et leur couleur naturelle.

Les procédés du Hollandais de Bils ont été publiés dans l'ancien *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie.*

Comme preuve à l'appui, voici le résumé très-succinct de l'embaumement d'un roi de France au moyen âge :

Corps vidé, épongé, lavé avec l'esprit de vin; parties enduites d'une couche de baume du Pérou; cavités remplies d'un mélange de poudres aromatiques et astringentes (tan, aloès, myrrhe, asphalte; racines d'iris, de valériane, de gentiane; fruits de poivre, gingembre, girofle; feuilles d'absinthe, de thym, d'hysope, benjoin, styrax, encens, etc.); corps plongé dans une couche des mêmes substances; bandelettes agglutinatives; toiles cirées; cercueil de plomb.

Embaumement Chaussier. — Dans les premières années de notre siècle, le professeur Chaussier reconnut les propriétés antiseptiques du deuto-chlorure de mercure. Le sel métal-

par les auteurs qui se sont occupés des accidents produits chez les ouvriers maniant le vert de Schweinfurt; et ce n'est pas à tort qu'ils lui ont donné le nom d'empoisonnement externe. Chez cet ouvrier, en effet, de même que chez tous ceux qui ont pu être observés jusqu'à présent, nous avons été à même de voir qu'il ne s'est manifesté aucun symptôme d'intoxication. Le vert de Schweinfurt agit comme caustique, mais n'est pas absorbé.

L'étude de ces ulcères, dont nous avons signalé les rapports avec l'ecthyma syphilitique, est importante au point de vue du diagnostic différentiel. Il est souvent arrivé, en effet, aux médecins qui n'ont pas eu l'occasion d'observer les suites pathologiques de l'emploi du vert arsenical de Schweinfurt, de regarder ces lésions comme d'origine vénérienne et de les traiter en conséquence, alors que nous les avons vus céder à des moyens fort simples.

HYGIÈNE ET TOXICOLOGIE

EXPÉRIENCES RELATIVES A LA DÉSINFECTION DE L'AIR. — EMPOISONNEMENT PAR LES VAPEURS D'ACIDE PHÉNIQUE; GUÉRISON.

Si on considère les affections contagieuses comme susceptibles de se transmettre de proche en proche par l'intermédiaire de miasmes suspendus dans l'air, un isolement absolu des malades serait un moyen infaillible d'empêcher la maladie de s'étendre. Mais, outre que cet isolement est impossible, les miasmes pourraient encore s'attacher aux objets environnants, et produire leur effet dans un temps plus ou moins éloigné. Un autre moyen d'empêcher la contagion consisterait à neutraliser le poison morbide répandu dans l'air, et à le rendre inerte à l'aide de certains agents divers, qu'on appelle les désinfectants, et dont l'efficacité, reconnue par certains expérimentateurs, est contestée par d'autres. On ne saurait nier que ce sujet est de la plus haute importance, et toutes les recherches qui tendent à l'éclairer méritent d'être encouragées.

Pour le docteur Sansom (1), le poison qui transmet les maladies contagieuses, est pondérable et obéit aux lois de la matière. Il peut conserver sa nocivité pendant un temps très-long, malgré les fréquents mouvements provoqués dans l'atmosphère ;

(1) *British medical Journal*, 5 octobre 1872.

---

lique se combine avec la substance animale ; le composé se dessèche rapidement à l'air, et se trouve désormais à l'abri de toute putréfaction, des attaques des insectes et de l'action de l'humidité atmosphérique.

La découverte de Chaussier introduisait dans l'art des embaumements un principe nonveau ; à la dessication des tissus se substituait leur combinaison avec telle ou telle substance chimique, combinaison apte à les rendre incorruptibles sans dessication préalable.

Malheureusement, dans la pratique, la méthode Chaussier présentait des difficultés sérieuses, inhérentes surtout au grand nombre de mutilations et à la lenteur de l'exécution.

Embaumememt Gannal. — En 1834, le pharmacien Gannal présenta à nos deux Académies ses procédés pour la conservation des corps humains destinés aux études anatomiques (1).

A la même époque, le docteur Tranchina (de Naples) fit connaître qu'en injectant dans les artères une dissolution d'acide arsénieux, il était parvenu à conserver les sujets destinés aux travaux anatomiques.

Ce n'est qu'en 1837 que Gannal prit un brevet d'invention pour ses procédés d'embaumement. (Injections par les artères : liquide conservateur = dissolution à 32° ar. B. dans 3 litres d'eau, de 6 kilog. de sulfate d'alumine concret et de 125 grammes d'acide arsénique.)

Gannal déposait les corps embaumés dans un triple cercueil (chêne, volige et plomb) sur une épaisse couche de sciure de bois additionnée d'alun calciné, et d'une poudre parfumée avec des essences aromatiques.

Plus tard, l'opérateur mit en œuvre des fards et des cosmétiques pour arriver à la restauration des traits du visage au point de donner à la mort l'apparence d'un sommeil tranquille.

(1) Immersion des sujets dans une dissolution aqueuse de sel de nitre, de sel commun et d'alun (dissolution marquant 15° à l'aréomètre Beaumé).

mais il est divisé en particules tellement ténues, que son existence ne peut être démontrée par des réactions chimiques directes, et que l'œil armé du plus puissant microscope ne peut arriver à le découvrir. Cela posé, l'auteur étudie les propriétés des désinfectants les plus connus.

Parmi eux, les permanganates alcalins sont considérés comme susceptibles d'abandonner de l'oxygène au poison morbide, et d'annuler ses propriétés contagieuses, en modifiant sa composition chimique. Pour les employer, on les dissout dans l'eau, et on abandonne la solution à l'air libre dans la chambre du malade, ou bien on la répand dans l'atmosphère à l'aide d'un pulvérisateur. Mais cette solution étant entièrement fixe, il n'y a que les couches d'air qui arrivent en contact immédiat avec elle, qui puissent être modifiées dans leur composition chimique, et on comprend que cette proportion est extrêmement faible par rapport à l'atmosphère d'un appartement. — Le chlore est aussi un désinfectant oxydant, et, comme il est volatil, il agit plus efficacement sur les miasmes atmosphériques, pour faire disparaître les mauvaises odeurs. Mais il ne jouit non plus que d'un pouvoir limité, quand il s'agit de détruire les ferments, et d'arrêter le développement des organismes inférieurs; car le docteur Sansom a vu des champignons végéter magnifiquement au milieu de parcelles de chlorure de chaux. — L'iode est plus utile, car non-seulement il doit à sa propriété oxydante de faire disparaître les mauvaises odeurs, mais encore il détruit les mycrozymas et arrête la putréfaction. Comme il est volatil à la température ordinaire, il suffit de l'abandonner à lui-même, dans un vase ouvert, au milieu de la chambre que l'on veut assainir. — L'acide sulfureux détermine aussi un double effet : il détruit les mauvaises odeurs, en vertu de sa propriété désoxydante, et il tue rapidement les organismes inférieurs. — Enfin, l'acide phénique, qui se diffuse facilement dans l'air, en vertu de sa volatilité, n'exerce aucune action chimique sur les matières odorantes, et, par conséquent, il ne les détruit point; néanmoins, l'auteur le place au premier rang des désinfectants, et lui reconnaît le pouvoir de tuer les organismes inférieurs répandus dans l'atmosphère, même quand ils n'y existent qu'en minime quantité. Voici les expériences sur lesquelles se fonde son opinion :

Première expérience. — Le docteur Sansom fit macérer des fragments d'œuf dur dans l'eau froide, et, au bout de trois jours, il examina le liquide au microscope. Avec un grossissement de 500 à 750 diamètres, il y reconnut la présence d'une multitude de bactéries cylindriques et filiformes, et de monades ovoïdes qui étaient douées de mouvements actifs. Alors, faisant

---

Embaumement du docteur Sucquet. — Après avoir constaté sur les animaux et dans les amphithéâtres les grandes qualités antiseptiques du chlorure de zinc, le docteur Sucquet se demanda si une simple injection artérielle de ce nouveau sel ne suffirait pas au problème de l'embaumement ? Ses procédés furent soumis à l'Académie de médecine en concurrence avec les méthodes de Gannal et du docteur Dupré.

Poiseuille déclare, dans son rapport de 1847 (1), que l'embaumement du docteur Sucquet présente une véritable momification. Il arrête la putréfaction; il maintient la fermeté des chairs, la souplesse et l'élasticité de la peau, à la condition qu'il perdra par évaporation les liquides qu'il contient.

Il me paraît utile de transcrire ici les conclusions mêmes de cet important document :

« De tous les faits qui concernent respectivement MM. Dupré, Gannal et Sucquet, il résulte les conséquences suivantes :

« Le mélange des gaz acides sulfureux et carbonique proposé par le docteur Dupré ne paraît propre à retarder la putréfaction que pendant un temps très-limité.

« Les sels d'alumine de M. Gannal ne donnent pas lieu à une conservation indéfinie, mais votre commission est portée à penser qu'ils acquerront cette propriété par l'addition d'une préparation d'arsenic.

« Le liquide du docteur Sucquet ne contient pas d'arsenic, et la conservation des corps qui en est le résultat est si parfaite, qu'elle ne laisse rien à désirer, toutefois, pendant le laps de temps qu'elle a été constatée, et qui est d'environ deux ans. »

Milieux conservateurs. — La dessiccation n'est pas le seul moyen de soustraire le corps de

(1) Commissaires : Orfila, Blandin, Caventou, Londe, Poiseuille, rapporteur.

tomber sur une lamelle de verre une gouttelette de ce liquide, il la maintint pendant 13 secondes au-dessus d'un flacon débouché, qui renfermait une petite quantité d'acide phénique; puis il l'examina au microscope, comparativement avec une autre goutte, qui n'avait point été mise en rapport avec l'acide phénique. Tout d'abord, l'observateur ne saisit entre elles aucune différence; mais, au bout de deux minutes environ, sur la première plaque, les mouvements devinrent plus lents, puis cessèrent en grande partie, et pourtant quelques animalcules restèrent parfaitement actifs. Une goutte de la solution fut de nouveau exposée au-dessus de l'acide phénique pendant une minute, et l'auteur constata que les monades, qui étaient douées de mouvements étendus, commençaient à se mouvoir dans des cercles plus restreints, puis à tourner simplement sur leurs axes; qu'enfin elles n'étaient plus soumises qu'à une vibration particulière, et qu'un grand nombre d'entre elles étaient complétement immobiles. Après une exposition de trois à cinq minutes au-dessus de l'acide phénique, presque toutes les monades étaient tuées, et celles, en très-petit nombre relativement, qui avaient conservé des mouvements actifs, occupaient, selon toute apparence, la couche inférieure du liquide, au moment où il avait été approché du flacon d'acide phénique.

Deuxième expérience. — Dans deux flacons de verre tout à fait semblables, on introduisit un peu de colle bien bouillie, préparée avec de la farine de froment, et on ferma chaque flacon avec un bouchon percé de trous, dans lesquels on engagea des tubes destinés à permettre l'entrée et la sortie de l'air. Dans le flacon A, on fit passer 500 pieds cubes d'air à l'aide d'un soufflet, puis on ferma le vase au moyen d'un tissu de caoutchouc. On répéta la même opération sur le flacon B, avec cette différence que l'air insufflé avait préalablement traversé 24 grammes d'acide phénique liquéfié, renfermé dans un autre vase; puis on le boucha, et on plaça les deux appareils dans des conditions identiques. — Au bout de quelques jours, des îlots de moisissure se montrèrent dans l'intérieur du flacon A; la colle commença à fermenter et à dégager des gaz, et le treizième jour, on constatait une moisissure verte sur les parties latérales du vase, en même temps que de grandes masses de moisissures blanches et vertes végétaient à la surface de la colle. Dans le flacon B, la colle n'avait nullement changé d'aspect; le treizième jour, on n'y voyait point de traces de champignons, et, trois semaines après le commencement de l'expérience, elle ne présentait aucun signe de décomposition.

Troisième expérience. — Quatre flacons de verre, à large ouverture et de même dimension, furent remplis de petits cubes taillés dans un œuf dur, puis introduits ouverts chacun dans un bocal. Dans le bocal A, on versa 6 grammes de solution rouge de permanganate du commerce; en B, 6 grammes de chlorure d'aluminium du commerce; en C, 4 grammes d'acide sulfureux de la pharmacopée; en D, 11 gouttes d'acide phénique brut. Cela fait, chaque bocal fut fermé avec un couvercle de verre, luté soigneusement, et les appareils restèrent dans cet état pendant sept jours. Au bout de ce temps, les couvercles furent enlevés, les flacons furent remplis d'eau distillée, préalablement bouillie et refroidie, et les couvercles des bocaux furent

---

l'homme à la décomposition. Il y a dans notre Europe des lieux restés remarquables pour assurer les corps humains qu'ils recevaient contre toute putréfaction.

Dans les souterrains des Cordeliers et des Jacobins de Toulouse, dans les caveaux de Saint-Michel, à Bordeaux, la momification a lieu par le fait d'une haute température, comme dans les sables d'Égypte.

Dans le couvent des Capucins de Palerme, dans l'hospice du mont Saint-Bernard, la momification se fait par l'action d'une basse température. C'est le froid qui suspend toute fermentation; c'est un courant continuel d'air froid qui momifie les corps dressés le long des murailles.

Dans d'autres circonstances, ce sont ou des terrains secs, pierreux, avides d'humidité, qui dessèchent les corps, ou des terrains à base de fer, qui engendrent une véritable réaction chimique.

L'ensemble de ces faits démontrant que le corps humain peut être conservé intégralement au moyen d'agents qui assurent seulement la conservation de sa surface, il s'agissait de trouver des substances qui peuvent amener le résultat le plus prompt et le plus direct.

Après de nombreuses expériences, le docteur Sucquet s'est arrêté à un mélange de

Myrrhe.	10	parties pour 100.
Fleurs de soufre	30	—
Acide borique	60	—

De l'inhumation incorruptible. — Pour notre société moderne, cet embaumement par l'ensevelissement du corps dans cette espèce particulière de myrrhe, représente un progrès des plus réels. Il répond aussi bien aux vrais sentiments de la famille qu'aux convenances de certaines positions sociales.

de nouveau scellés. Trois jours après cette seconde manipulation, on examina les quatre vases, et on constata les résultats suivants : En A, le liquide était extrêmement fétide, et recouvert d'une pellicule épaisse : il était trouble, complétement opaque, rempli de petites bactéries et de cellules de champignons. Les morceaux d'œuf étaient désagrégés, et en voie de décomposition avancée. — En B, le liquide était trouble et fétide, mais à un moindre degré que le précédent. Chaque goutte fourmillait de monades et de bactéries ; les morceaux d'œuf étaient désagrégés et subissaient la fermentation putride. — En C, la liqueur, parfaitement transparente, n'exhalait aucune odeur fétide, les cubes d'œuf avaient conservé leurs formes, et semblaient être dans le même état, que le jour de leur introduction dans l'appareil ; enfin, à l'aide du microscope, on ne découvrait dans le liquide qu'un petit nombre de bactéries peu actives. — En D, le liquide était presque clair et les morceaux d'œuf étaient distincts. Dans le champ du microscope, on apercevait ordinairement cinq ou six bactéries, qui se mouvaient avec une lenteur insolite, et la décomposition était presque arrêtée, quoiqu'elle ne le fût pourtant pas entièrement.

Pour M. Sansom, ces expériences démontrent clairement, que l'acide sulfureux et l'acide phénique, auxquels on peut ajouter l'iode, jouissent de la propriété de tuer les organismes inférieurs suspendus dans l'air, et d'entraver la putréfaction des matières organiques. Ce sont donc des agents antiseptiques, qui sont appelés à rendre des services dans le traitement des maladies contagieuses, tant pour purifier l'air que les malades respirent, que pour assainir les locaux qui ont été occupés par eux, et diminuer, autant que possible, les chances de contagion.

En raison de la facilité qu'on éprouve à le manier, c'est encore à l'acide phénique que le docteur Sansom accorde la préférence. Aussi, il me paraît utile de rapprocher de ses expériences, celles qui ont été faites en 1871, à Rotterdam, par le professeur Ankum, et qui ont fourni des résultats sensiblement différents (1). L'appareil dont ce dernier expérimentateur s'est servi, consistait en une cloche de 28 centimètres de haut, sur 22 centimètres de diamètre, et qui était munie d'un trou à sa partie supérieure. La cloche fut placée sur un trépied en fer, recouvert lui-même d'un tissu grossier également en fer. Sur ce tissu, on déposa un verre à pied, et autour de lui trois petits vases, dans chacun desquels on versa 10 centimètres cubes d'une solution contenant 5 pour 100 d'acide phénique, soit pur, soit tel qu'il est fourni par le commerce. L'air de la cloche se trouvant ainsi chargé de vapeurs phéniques, M. Ankum introduisit dans le verre à pied, de l'eau additionnée d'un peu de foin,

(1) *Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*, avril 1872.

En résumé, l'art des embaumements possède aujourd'hui trois méthodes :

Première : Injection locale du visage, par les deux artères carotides externes, de sulfite d'ammoniaque coloré. Injection générale du corps au chlorure de zinc par le bout central d'une des carotides primitives. Emploi du milieu conservateur pour se prémunir contre l'incertitude des procédés d'injection.

Deuxième : Injection par l'artère crurale de sulfite de soude coloré et dépôt autour du corps du milieu conservateur.

Troisième : Suppression de toute sorte d'opération ; ensevelissement du corps dans un lit de myrrhe.

DES CONSERVATIONS POUR L'ÉTUDE DE L'ANATOMIE. — Ce dernier chapitre est consacré à des détails très-pratiques et très-intéressants. C'est au docteur Sucquet que revient le mérite de l'introduction dans la science du sulfite de soude. Ce liquide possède une faculté conservatrice temporaire, mais suffisante pour la conservation des pièces anatomiques. Depuis l'emploi journalier du sulfite de soude, une grande amélioration s'est opérée dans la salubrité des amphithéâtres de dissection de la Faculté de médecine, de l'École pratique et de l'École anatomique de Clamart.

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

et le même liquide fut laissé exposé à l'air libre dans un autre verre, pour servir de terme de comparaison. L'auteur pensait que les vapeurs d'acide phénique, pénétrant en plus ou moins grande quantité dans la macération de foin, empêcheraient la formation des organismes inférieurs ou les tueraient promptement; mais il fut forcé de reconnaître que l'influence des vapeurs phéniquées était à peu près nulle, et que l'examen microscopique décelait toujours, dans la liqueur, la présence d'un grand nombre d'organismes inférieurs très-vivants, tels que vibrions, paramécіums, etc.

Deux expériences semblables ont été faites avec le lait, et ont donné le même résultat. Il en a été de même avec l'urine; seulement, dans un cas où l'auteur avait employé de l'acide phénique impur très-odorant, il lui est arrivé de ne pouvoir constater que très-tardivement, la présence d'un petit nombre d'organismes inférieurs, qui plus tard, il est vrai, s'y développèrent par milliers. Aussi, l'auteur conclut-il de ses recherches, qu'on ne peut attendre aucune action désinfectante des vapeurs d'acide phénique, quand elles sont mêlées à l'air atmosphérique en quantité telle, qu'elles ne peuvent nuire à la respiration.

Que penser des expériences de MM. Sansom et Ankum, si ce n'est que cette étude a besoin d'être refaite et variée par d'autres observateurs, si on veut éclairer convenablement la question si importante, des désinfectants appliqués à l'hygiène et au traitement de certaines maladies?

EMPOISONNEMENT PAR LES VAPEURS D'ACIDE PHÉNIQUE, GUÉRISON. — Après ce qui vient d'être dit sur les désinfectants en général, et en particulier sur l'acide phénique, je crois devoir reproduire une observation d'empoisonnement par les vapeurs de ce même acide (1).

Le 26 octobre, à une heure de l'après-midi, le docteur Unthank fut mandé pour donner des soins à M. P..., fermier du district. A son arrivée, il le trouva en proie à de violentes convulsions avec trismus, et du sang s'échappait de la bouche, par suite de morsures faites à la langue. Le malade tomba ensuite dans le coma; la face et le cou étaient livides, la respiration stertoreuse, les extrémités froides, le pouls à peine perceptible. On le plongea immédiatement dans un bain chaud, et, au bout de 40 minutes, la sensibilité reparut en partie, la face et le cou reprirent leur coloration normale, la respiration fut plus calme, les extrémités se réchauffèrent, et le pouls devint plus fort. On remit alors le malade dans son lit, en l'enveloppant de couvertures de laine; on appliqua des compresses froides sur la tête et un sinapisme à la nuque. —A sept heures du soir, M. P... avait recouvré sa connaissance, les convulsions n'avaient pas reparu, la respiration était calme, la chaleur du corps avait augmenté, le pouls était à 88, la langue humide et propre, mais douloureuse. Il avait rendu environ 500 gr. d'une urine plus acide qu'à l'état normal, mais qui n'exhalait point l'odeur de l'acide phénique. Il se plaignait d'étourdissements sans céphalalgie, de douleur dans la bouche et la gorge, et d'une vive irritation gastrique. Le docteur Unthank lui administra un apéritif, un gargarisme composé de chlorate de potasse et de teinture de myrrhe, et une mixture contenant de l'acide hydrocyanique dilué. —Le 27, l'état de M. P... était beaucoup plus satisfaisant, et le 30 la convalescence était établie.

Il raconta que, le jour où il était tombé malade, il était resté exposé pendant trois heures à des vapeurs d'acide phénique concentré, et qu'en revenant chez lui pour prendre son repas, il avait été saisi de vertiges et de convulsions, auxquels avaient succédé les symptômes graves qui viennent d'être rapportés. N. G.

(1) *British medical Journal*, 23 novembre 1872.

Réorganisation du Service médical de l'armée.

Paris, 10 juillet 1873.

Mon cher rédacteur en chef,

Je vous avoue que je ne puis concevoir l'erreur où se laissent entraîner certains esprits éclairés et de bonne foi dans le jugement de cette question de la médecine et de la pharmacie.

On oublie que l'armée d'Orient, en 1854-55, avait un directeur du service de santé qui n'était pas sous les ordres de l'intendance, mais bien sous les ordres directs du général en chef (Michel Lévy d'abord, puis Baudens), et qui correspondait directement avec le ministre. C'était bien le commandement qui recevait ses avis. Aucune responsabilité, quant aux épidémies qui ont décimé cette armée, ne doit donc incomber à l'intendance; la vraie responsabilité remonte au commandement, qui tenait et qui tient encore trop peu de compte de la médecine, qui plaçait alors et place encore volontiers tous les médecins, tous les *docteurs*, ainsi qu'ils les appellent, dans une catégorie inférieure.

L'armée d'Italie avait le baron Larrey, médecin de l'Empereur et l'un des amis de l'Empereur pour directeur du service de santé, étendant son autorité sur le service pharmaceutique aussi bien que sur le service médical; il voyait l'Empereur tous les jours et pouvait provoquer directement toutes les mesures sanitaires de la nécessité desquelles il aurait pu convaincre le souverain, c'est-à-dire le commandement.

La vraie révolution qu'il faut accomplir est dans l'esprit même de l'armée, dont les chefs ont rarement pour les médecins toute la déférence désirable. En subordonnant la pharmacie à la médecine, on désorganisera un corps qui rend obscurément de très-importants services à l'armée, mais l'abaissement du voisin ne profitera à personne.

Enfin, l'intendance est condamnée, c'est entendu : la médecine militaire n'obéira pas à l'intendance, elle obéira au commandement; c'est là ce que veut le rapport académique; les choses se passeront désormais dans les ambulances, dans les armées, dans les hôpitaux, comme elles se passent actuellement dans les régiments; voilà cette autonomie à laquelle aspire la médecine militaire, soit.

Mais, en vérité, je ne vois pas que cela entraîne la nécessité de subordonner les pharmaciens aux médecins :

La médecine obéissant au général, et non plus à l'intendant, on assure que ce sera mieux; j'y consens, essayons;

Mais alors, pourquoi la pharmacie n'obéirait-elle pas, elle aussi, au général? Pourquoi cette autonomie, qu'on trouve bonne pour la médecine, ne la trouverait-on pas bonne aussi pour la pharmacie?

A mon avis, ce qu'il faut pour améliorer pratiquement le service médical militaire, c'est donner au médecin en chef le droit de requérir dans les limites du règlement et sous sa responsabilité, de la part des divers services annexes, tout le matériel dont il a besoin; c'est aussi d'augmenter son autorité sur son personnel; mais cela n'entraîne pas la subordination à la médecine, et par suite la direction par la médecine de tous ces services.

Cette subordination entraînerait deux inconvénients rédhibitoires que je me borne à indiquer :

1° Le médecin devenant administrateur, en devenant chef de service vers la fin de sa carrière, perdrait son caractère essentiel, son caractère médical.

2° Les corps subordonnés à la médecine, d'une part, verraient leur recrutement s'abaisser et, d'autre part, seraient fort mal surveillés.

Ceux qui hésitent à détruire la pharmacie militaire assurent que les pharmaciens pourraient conserver leur hiérarchie et leurs grades tout en devenant les subordonnés des médecins; c'est un leurre; cette assertion est contraire aux principes les plus élémentaires de la hiérarchie et de la discipline, qui veulent qu'on obéisse à ses chefs.

Une comparaison : On voit, dans l'armée, l'artillerie et le génie obéir ensemble au commandement et concourir ensemble dans des spécialités différentes à la construction et à la défense des fortifications passagères ou permanentes; l'indépendance réciproque des deux corps importe à leur puissance morale, à leur hiérarchie, à leur recrutement. Pourquoi, dans la solution des difficultés actuellement soulevées, ne s'inspirerait-on pas de cette organisation des corps savants de l'armée?

Voilà le moyen terme, que votre esprit pratique réclame, entre les deux alternatives faites à la pharmacie : la subordination à l'intendance ou à la médecine.

UN PHARMACIEN MILITAIRE.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Une Société de secours mutuels a-t-elle le droit d'avoir, pour l'usage spécial de ses membres, un dépôt de médicaments, alors que ces remèdes doivent être donnés gratuitement aux dits malades?

Ce dépôt peut-il être tenu par une personne non diplômée, dans une localité où résident médecins et pharmaciens, étant admis que ce dépôt ne contiendra que des médicaments divisés et cachetés par un pharmacien étranger à la localité?

Telles sont les deux questions ou plutôt la question qui nous est de nouveau soumise par quelques lecteurs de l'UNION MÉDICALE. Nous disons que ces deux questions n'en font qu'une; à proprement parler, la seconde partie de la proposition n'est qu'un corollaire de la première, et la solution est la même. Ce n'est pas la première fois que nous avons à nous occuper de la vente des médicaments, et déjà nous avons eu à traiter cette thèse. Nous ne ferons donc que rappeler brièvement la théorie générale sur la mise en vente des remèdes, pour examiner le point spécial qui nous est soumis, et dont la solution se trouve dans le principe absolu qui régit cette matière.

Aux termes des art. 34 et suivants de la loi du 21 germinal an XI, la distribution, *même gratuite*, de médicaments par un individu qui n'a pas le droit d'en débiter, constitue un délit.

Les seules personnes munies d'un diplôme de pharmacien peuvent débiter des médicaments, sauf les rares exceptions édictées par la loi, notamment celle de l'art. 27 de la même loi de germinal en faveur des officiers de santé et médecins établis dans les endroits où n'existe pas d'officine ouverte.

Voilà la règle : règle édictée dans un double but et pour sauvegarder un double intérêt.

Le pharmacien, en effet, a acquis par de longues études et des sacrifices de toute nature un monopole qu'il faut respecter et protéger, et surtout il faut mettre le public en garde contre l'exploitation trop fréquente des empiriques, qui abusent de la crédulité publique pour vendre des drogues sans efficacité ou même nuisibles à la santé.

La gratuité des médicaments ne serait pas suffisante pour en autoriser le débit, car il suffirait à l'empirique de se faire payer sa consultation pour être rémunéré.

Il faut donc admettre que cette prohibition de vendre ou distribuer gratuitement des médicaments par d'autres personnes que des pharmaciens diplômés est générale et absolue, et que les exceptions contenues expressément dans la loi doivent être rigoureusement maintenues dans les limites qui leur sont tracées.

La jurisprudence s'est souvent prononcée en ce sens; ainsi un médecin qui, par suite d'un traité fait avec un pharmacien d'une autre ville pour la préparation, l'envoi et le paiement du prix des médicaments, fait expédier à ses malades par celui-ci dans cette localité, où d'autres pharmaciens sont établis, des médicaments dont il comprend le prix dans sa note d'honoraires, ce médecin commet la contravention prévue par l'art. 36 et est puni en conséquence; nous en trouvons un exemple dans un arrêt de la Cour d'Amiens, du 10 février 1854.

La question a été controversée en ce qui concerne les médecins homœopathes, et quelques décisions leur avaient reconnu le droit de se pourvoir de remèdes dans les pharmacies spéciales, mais la jurisprudence nous paraît formée aujourd'hui dans un sens contraire, et l'on peut dire que si, pour un cas donné et exceptionnel, le médecin homœopathe peut acheter dans une pharmacie établie hors de la ville où il exerce des médicaments qu'il ne trouve pas dans cette ville, il n'a pas le droit de tenir chez lui, pour tous les cas qui se présenteraient, des médicaments même achetés dans une telle pharmacie. Tel est l'esprit des arrêts d'Angers, du 26 septembre 1856, et de l'arrêt de cassation du 6 février 1857.

Mais on nous rappelle que, dans l'espèce qui nous est soumise, il ne s'agit pas d'une spéculation; que c'est une Société de secours mutuels qui est en cause, et que les médicaments doivent être donnés et non vendus. — Ce sont là sans doute des arguments de fait qui ont leur valeur, mais qui ne sont pas assez puissants pour anéantir les prescriptions si formelles de la loi. — D'ailleurs et en fait, comment admettre que les médicaments arrivent tout dosés et cachetés en dehors de toute ordonnance de médecin? Cela seul constitue une contravention, et ces paquets auront le caractère de remèdes secrets, ou bien le pharmacien qui les a délivrés aura contrevenu aux règles de sa profession en les donnant sans ordonnance de médecin. Que la personne qui les a pris dans son officine soit un individu ou un être moral appelé Société, la question reste la même; le pharmacien ne peut pas plus les délivrer que la personne qui les achète ne peut les distribuer.

Supposons que la Société de secours mutuels se soit procuré des médicaments dosés et cachetés par un pharmacien d'une autre ville, la distribution, même gratuite, ne pourrait pas

en être faite sans violer la loi. L'art. 36 de la loi de germinal an XI ne distingue pas, et la Cour d'Amiens a dit avec raison : « Considérant que T... soutient vainement que la fourni-« ture des médicaments était gratuite de sa part, que le fait n'en constitue pas moins un « débit de préparations médicamenteuses prohibé, puisque la disposition prohibitive de la loi « du 21 germinal an XI est générale et absolue, et qu'elle n'admet aucune distinction entre « le débit gratuit et le débit fait à prix d'argent. »

Le législateur a voulu entourer de précautions, non-seulement la préparation, mais aussi la vente des drogues entrant au corps humain. C'est pourquoi on prohibe les associations commerciales pour l'exploitation des pharmacies; c'est pourquoi encore on interdit aux pharmaciens d'avoir des dépôts ailleurs que dans les officines exploitées par des diplômés. C'est qu'en effet la distribution d'un remède, même bien préparé, peut devenir dangereuse si elle est délivrée imprudemment, à une dose trop forte, etc., et si le pharmacien lui-même ne distribue par les remèdes, qui sera responsable? Quelle sera la garantie du malade?

La Cour de cassation s'est formellement prononcée en ce sens par un arrêt du 18 juillet 1845, dont nous reproduisons ici le texte net et précis :

« Vu les art. 25, 27, 32, 34 et 36 de la loi de germinal an XI et la loi du 29 pluviôse an XIII.— « Attendu que les mots *livrer* et *fournir* présentent dans ces articles un sens indistinctement « applicable à toute distribution de médicaments, soit *gratuite*, soit *rétribuée*; — que le « législateur, en confondant par l'emploi uniforme qu'il en a fait, ces mots qui, par eux-« mêmes, n'impliquent nullement un acte de vente, avec le mot *débiter* auquel peut être « attribuée, dans certains cas, cette dernière signification, a manifesté son intention de rester « dans les termes généraux d'un fait de délivrance dont, à son point de vue, il avait seule-« ment à spécifier l'objet sans qu'il fût besoin d'en déterminer le caractère; — attendu, en « effet, que les lois sur la pharmacie sont des lois de police et de sûreté générale; — qu'elles « ont eu pour but, non de favoriser un monopole commercial, mais de protéger la santé « publique; — qu'il n'y a pas lieu dès lors, pour s'assurer si la violation des règles qu'elles « ont établies est punissable, de rechercher si le contrevenant a eu pour mobile un sentiment « d'humanité ou un motif de lucre; — que là où le dommage éventuel est le même la répa-« ration doit être égale; — qu'il suit de là que, se fondant uniquement pour relaxer le pré-« venu de la poursuite, sur le fait que la distribution des médicaments qui y a donné lieu « avait été gratuite, le jugement attaqué a violé l'art. 36 combiné avec les art. 25, 27, 32 et « 34 de la loi de germinal an XI et la loi de pluviôse an XIII. — Casse. »

Cette décision, toute sévère qu'elle puisse paraître, est conforme au droit et telle que des magistrats, esclaves de la loi, pouvaient la rendre. Mais il faut bien reconnaître que la robe du magistrat cache un homme, et que, dès lors, l'humanité fait parfois prévaloir ses droits, même devant la cour suprême. C'est ainsi que la Cour qui avait rendu l'arrêt que nous venons de citer statuait, au 14 août 1863, sur une question analogue et jugeait qu'une sœur de charité peut, sans encourir le reproche d'exercice illégal de la pharmacie, délivrer à des malades pauvres, des sirops, potions, gargarismes et autres médicaments non officinaux d'une préparation simple ou n'exigeant pas de connaissances pharmaceutiques bien étendues, alors d'ailleurs qu'elle ne tire aucun profit de ces actes de charité, et que le pharmacien ou l'officier de santé de la localité n'en éprouve aucun préjudice moral ou matériel.

Cette solution a été évidemment dictée surtout par des considérations de fait, et nous remarquons dans la sentence même la constatation que la sœur de charité n'a été voir le malade et n'a distribué de médicaments qu'après avoir insisté pour que le médecin fût appelé, et sur le refus de ce dernier de faire des visites et de fournir les remèdes gratuitement; qu'il y avait urgence, etc.....

Nous n'avons pas à nous appesantir sur ces considérations dont nous ne saurions dissimuler la force et la portée, mais en ce qui touche la partie de l'arrêt où le droit seul est en jeu, nous nous croyons en droit d'élever une critique. La Cour, pour légitimer en quelque sorte la distribution gratuite des remèdes, se fonde sur l'innocuité des remèdes fournis, sur l'usage des religieuses de cette communauté vouées au soulagement des malades indigents depuis soixante ans et autorisées depuis cette époque par l'administration supérieure, conformément aux avis de l'École de médecine et du Comité consultatif d'hygiène de Paris, et enfin sur l'absence de tout préjudice moral ou matériel.

Ces motifs peuvent constituer des circonstances atténuantes, mais ne nous paraissent pas suffisants pour faire fléchir la rigueur de la loi. L'usage, en effet, remontât-il à plus de soixante ans, ne peut faire échec à la loi, c'est un abus qui doit disparaître dès qu'il est signalé. La charité est respectable, sans doute; mais comme la loi est une et la même pour tous, nous ne pouvons pas admettre d'exception, tant qu'elle n'est pas inscrite dans nos codes. (Nous comprenons la tolérance et le respect que commande toute personne qui se voue au soulagement des pauvres malades, mais nous nous plaçons au point de

vue exclusif du jurisconsulte pour raisonner strictement en droit.) Enfin, la gratuité n'est pas non plus une excuse, puisque la loi ne distingue pas entre les remèdes donnés ou vendus, et que maintes fois les cours et tribunaux ont appliqué ce texte dans sa rigueur. — Reste donc l'avis de l'École de médecine et du Comité consultatif d'hygiène auquel il est fait allusion. Ce moyen ne nous paraît pas plus acceptable. L'arrêt ne donne pas la date de cet avis de l'École de médecine; mais il s'agit, sans aucun doute, d'une décision de l'École de médecine du 9 pluviôse an X et d'une circulaire ministérielle du 28 ventôse an X, aux termes desquelles les sœurs de charité *desservant les hospices* sont autorisées à préparer certains remèdes magistraux, la préparation des remèdes officinaux leur étant complétement interdite. Mais il faut noter que d'après cette instruction même de l'an X, il était expressément défendu aux sœurs de fournir des médicaments quelconques au public. Il est vrai qu'une circulaire du ministre de l'intérieur du 16 avril 1828 paraît leur concéder ce droit (c'est vraisemblablement cette circulaire qui est visée dans l'arrêt qui nous occupe et qu'on considère comme autorisation de l'autorité supérieure); on y lit, en effet : « On a pensé, d'après « l'avis de la Faculté de médecine, qu'on pouvait autoriser les sœurs de charité à préparer « elles-mêmes et à vendre à bas prix des sirops, des tisanes et quelques autres remèdes qu'on « désigne dans la pharmacie sous le nom de *magistraux;* mais là doit se borner la tolérance « qu'elles sont en droit de réclamer dans l'intérêt des pauvres..... » Ce document même ne nous suffit pas, car il ne peut pas dépendre d'un ministre de modifier la loi, et nous trouvons un arrêt rendu à Bordeaux le 28 janvier 1830 qui donne raison à notre système en statuant dans ces termes :

« ..... Attendu que la prohibition est générale et s'applique par conséquent aux sœurs de « Saint-Vincent-de-Paul; que si l'ardente charité dont elles sont animées les place au pre- « mier rang parmi les bienfaitrices de l'humanité, elles sont appelées précisément, à cause de « leurs vertus, à donner l'exemple de la soumission aux lois; qu'on ne trouve dans celle du « 21 germinal an XI aucune distinction entre les remèdes magistraux et les remèdes offici- « naux, et que la vente des uns et des autres est également interdite à toute personne qui n'a « pas obtenu un diplôme de pharmacien..... »

Ajoutons que l'instruction générale du 31 janvier 1840, dans son article 39, prohibe formellement la vente, par les sœurs de charité, des remèdes simples qu'elles peuvent fabriquer.

Il faut donc conclure qu'une Société de secours mutuels ne peut pas avoir de dépôts de médicaments, même pour les distribuer gratuitement à ses membres, et les pharmaciens ou médecins vendant des médicaments dans les localités où le fait aurait lieu auraient droit et qualité pour en porter plainte et poursuivre cet abus, que nous considérons comme une violation de la loi de germinal an XI.

L. Guerrier, avocat à la Cour d'appel.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Nous n'avons jamais signalé que très-sommairement les communications relatives à la constitution physique du soleil, parce que nous ne voulons donner, dans ce bulletin, que les résultats généraux des études scientifiques qui n'ont pas un rapport étroit avec notre spécialité. Il suffit que nos lecteurs soient tenus au courant du mouvement de la science, sans que nous leur exposions par le menu les discussions soulevées ou le chemin suivi. A propos des taches du soleil, les travaux présentés à l'Académie ces années dernières ont été nombreux et les contradictions assez vives. Le P. Secchi, M. Faye et M. Vicaire ne parviennent pas à s'entendre entre eux. Mais, jusqu'ici, ils paraissaient d'accord pour repousser l'ancienne thèse d'Arago, qui consistait à représenter le soleil comme un astre solide et même habitable, entouré d'une couche de nuages et enveloppé extérieurement par une atmosphère lumineuse, par la photosphère. Voici M. Vicaire qui revient à cette théorie, en la modifiant, il est vrai. Le noyau central ne serait pas solide, mais liquide, moins lumineux et moins chaud que les parties extérieures. Les phénomènes qui se passent dans le soleil seraient analogues à ceux que nous voyons se produire dans la flamme d'une bougie, et l'astre directeur de notre système ne serait, comme on le disait jadis à l'hôtel Rambouillet, que le « grand dieu des chandelles. »

Le noyau, formé de matières combustibles : hydrogène, sodium, magnésium, calcium, fer, etc., serait entouré d'une vaste atmosphère composée principalement d'oxygène. La lumière et la chaleur, dégagées par le soleil, résulteraient du contact du noyau combustible avec son enveloppe comburante. Les produits de cette combustion se partagent en deux

parties : les uns, formés en grande partie de vapeur d'eau, se dispersent dans l'atmosphère; les autres, comprenant les oxydes métalliques, retombent sur le noyau central.

De cette interprétation des phénomènes, M. Vicaire trouve une confirmation dans la constitution géologique de notre planète. L'intérieur du globe renferme des corps combustibles non oxydés; la croûte terrestre qui limite cette première partie est, au contraire, très-oxydée et contient des masses considérables de carbone, d'hydrogène et d'hydro-carbures. Enfin, l'atmosphère proprement dite offre au dehors une quantité très-grande d'oxygène libre; quantité qui devait de beaucoup l'emporter sur celle de l'azote, avant qu'une partie de cet oxygène fût fixé dans la croûte intermédiaire.

M. Felizet adresse une note, que présente M. Cloquet, sur les transplantations de moelle des os dans les amputations sous-périostées.

Cette étude a pour base : 1° une opération pratiquée sur un blessé de vingt-six ans; 2° des expériences sur des chiens.

1° Les transplantations de moelle des os, dans un manchon formé par le périoste des os longs, présentent les conditions les plus favorables au succès de la greffe.

2° L'occlusion de la moelle greffée de la sorte, sous un manchon exactement suturé, a pour effet de produire la guérison des moignons osseux par un processus anatomo-pathologique, identique à celui qui préside à la formation du cal, d'abord cartilagineux, puis osseux, des fractures simples.

3° L'ouverture accidentelle du manchon ne rend pas impossible la greffe de la moelle, elle la rend incomplète en favorisant l'issue au dehors d'une partie du tissu transplanté. Elle a pour conséquence d'empêcher la formation des masses cartilagineuses. Elle entraîne l'ostéo-myélite, au même titre que les sections simples des os à l'air libre dans les amputations ordinaires.

M. Davain appelle l'attention de l'Académie sur quelques faits qui paraissent constater l'efficacité, contre le choléra, du cuivre projeté en poudre impalpable dans l'atmosphère. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

M. Lailler adresse, comme suite à ses précédents travaux sur l'urine, des « Considérations sur la formation des calculs biliaires. » (Renvoi à la commission du concours de médecine et de chirurgie.) — M. L.

FORMULAIRE

Poudre antidiarrhéique.

Sous-nitrate de bismuth.	5 grammes.
Rhubarbe de Chine torréfiée.	1 gram. 50 centigr.
Simarouba pulvérisé	2 grammes.

Mêlez et divisez en 10 paquets.

Deux à trois par jour dans la diarrhée chronique. — Régime azoté, eau albumineuse pour boisson, prise en petite quantité; grands bains. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 15 Juillet 1737.

Marie-Anne-Victoire, femme de ce bon Louis XV, accouche de son huitième enfant; c'était une fille. Pérard, l'accoucheur, ne commit pas la faute qu'il avait commise dans une *gésine* précédente, de s'absenter, et d'arriver juste à temps pour assister à l'emmaillottement du baby. Pérard fut mieux avisé cette fois : il resta à son poste des semaines, des mois, attendant que l'utérus royal daignât se contracter. Il devait, en effet, être fort désagréable de ne plus faire des accouchements pour lesquels il recevait chaque fois deux cents louis d'or, et qui lui donnaient l'avantage d'avoir, pendant tout le temps qu'il restait à Versailles, une table de huit couverts qui coûtait plus de 80 livres par jour. — A. Ch.

École de médecine d'Angers. — M. Vaslin (Louis), docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires de chirurgie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

M. Guichard (Ambroise), docteur en médecine, est nommé suppléant de la chaire d'accouchements à ladite École.

M. Briand (Ernest), docteur en médecine, est nommé suppléant des chaires de médecine à ladite École.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On ne sait comment finira la discussion sur la réorganisation du service de la pharmacie militaire, mais il est certain qu'elle a commencé d'une façon assez vive et mêlée de dialogues très-animés. Tout ce qui, à l'Académie, touche à la pharmacie, est très-énergiquement résolu à combattre les conclusions du rapport. Hier, deux orateurs, deux membres démissionnaires de la commission, ont occupé la tribune, et ce n'est pas, on peut le croire, pour faire acte d'adhésion aux propositions de M. Broca. Dans deux discours : l'un du genre tempéré, — celui de M. Bussy ; — l'autre d'un caractère plus incisif, — celui de M. Poggiale, — les deux orateurs ont cru devoir expliquer les motifs de leur retraite de la commission. Ils ont vu que la majorité de cette commission était hostile à la pharmacie, ils ont pressenti les conclusions défavorables qu'elle présenterait à l'Académie, et ils n'ont pas voulu couvrir de leur signature un rapport qu'ils désapprouvaient. La composition de cette commission avait été faite d'ailleurs avec partialité ; elle contenait six médecins contre trois pharmaciens ; la partie n'était pas égale, les pharmaciens se sont retirés.

Après ces explications, les orateurs sont entrés dans le fond du débat et ont abordé les questions posées par le ministre de la guerre. Ils les ont résolues, c'était bien naturel, dans le sens opposé au rapport ; non pas en invoquant seulement les motifs de dignité professionnelle, mais des motifs d'utilité publique et de sécurité pour le service de santé. La subordination de la pharmacie à la médecine éloignera de la pharmacie militaire la capacité, l'intelligence, le caractère ; elle ne se recrutera plus que dans les fruits secs de la médecine. On ne se rend pas suffisamment compte du rôle de la pharmacie dans les hôpitaux militaires ; ce rôle est très-complexe et exige des connaissances spéciales et approfondies que l'on ne peut exiger du médecin. Quel reproche sérieux fait-on d'ailleurs à l'ordre de choses actuel ? On n'en formule aucun, si ce n'est qu'il déplaît aux médecins que les pharmaciens leur soient assimilés dans leurs grades et leur avancement.

Après ces considérations, les orateurs ont rappelé les phases par lesquelles, depuis la Révolution, a passé la pharmacie militaire, les hommes éminents qu'elle a fournis à la science. On accuse la pharmacie militaire de faire cause commune avec l'intendance ; c'est une accusation injuste ; la pharmacie, comme la médecine, ne

FEUILLETON

PROMENADES AU SALON.

IV

Le second tableau de M. Lehoux est « une *Océanide*, » et j'avoue que jamais je ne m'étais fait des Océanides l'idée que voudrait m'en donner l'artiste. Ce qu'il nous montre sous ce nom me paraît bien plutôt une maritorne courtaude qui vient de se laver à la mer et qui s'amuse avec un coquillage, objet nouveau pour elle. En général, mon bon lecteur, ne regardez pas trop les femmes nues qui abondent à chaque Salon. Si ces peintures, plus ou moins entachées de pornographisme, ne sont pas souvent belles, elles sont encore moins vraies, et ce n'est pas une satisfaction purement intellectuelle qu'elles cherchent à provoquer. L'*Épave*, de M. Jules-Arsène Garnier, est une grande fille rousse que la mer, après le naufrage, a rejetée sur les rochers d'une île du Pacifique, et dont les cheveux crêpés, ondulés, ébouriffés, invraisemblables, n'ont certes pas l'air d'avoir été mouillés. Des sauvages la contemplent, et c'est vous, cher lecteur, qui vous arrêtez là avec votre livret à la main, qu'elle regarde en coulisse. Tout cela est bien peint, si vous voulez, mais c'est effrontément ridicule. — M. Charbonnel (Jean-Louis), sous le n° 268, nous montre la *Sortie du bain*, qui constitue une peinture brutale, un peu noire, mais d'un mérite incontestable au point de vue du métier.

« En voilà jusqu'ici trois que j'ai pu vous citer. » Laissons les autres. Je vous ai dit qu'elles n'étaient pas vraies ; elles ne peuvent pas l'être, sous notre climat et avec nos habitudes. Les artistes, pour les rendre présentables, sont obligés de les trop retoucher. Chez les femmes

demande pas mieux que de relever du commandement, mais elle demande d'en relever au même titre que la médecine; elle réclame aussi son autonomie.

Ces discours, celui de M. Poggiale surtout, ont été en butte à des interruptions nombreuses auxquelles M. Poggiale, principalement, a répondu avec énergie. Il y a de la tempête dans l'air. Tout le monde fait appel au calme et à la modération, mais on voit trop que tout le monde est en proie à une excitation et à une passion dont l'explosion est imminente.

C'est peut-être dans cette prévision que l'Académie s'est ajournée à demain, jeudi, dans une séance supplémentaire. Or, on sait que ces séances supplémentaires sont ordinairement peu suivies, et, par conséquent, tempérantes et antiphlogistiques.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

SENSIBILITÉ DE LA FACE APRÈS LA SECTION DES TROIS NERFS SOUS-ORBITAIRE, DENTAIRE INFÉRIEUR ET BUCCAL (1);

Par le docteur LETIÉVANT, professeur à l'École de médecine de Lyon.

Vingt-quatre heures après la section, la sensibilité existe sur les départements de ces nerfs. Elle va se développant les jours qui suivent. Après un mois, elle a déjà atteint un certain degré de perfectionnement.

Voici les caractères de la plaque anesthésiée (A' A C B, fig. 8), sur la malade sectionnée des nerfs de la face (Obs. LVIII) :

Elle était circonscrite par une ligne partant de la base de la paupière inférieure, gagnant obliquement le dos du lobule du nez, passant par la cloison des narines, la ligne médiane des lèvres supérieure et inférieure, du menton, se contournant suivant le bord de la mâchoire inférieure, pour remonter avec un contour brisé et mal déterminé, vers la base de la paupière inférieure; elle laissait toutefois, en dehors d'elle, tout ce qui répond à l'éminence malaire. La commissure des lèvres ne paraissait pas faire partie de cette plaque, car elle avait conservé à peu près sa sensibilité.

(1) Ce travail fait partie d'un ensemble de recherches que l'auteur se propose de publier sous le titre de *Traité des sections nerveuses*, à la librairie J.-B. Baillière.

déshabillées, le contact de l'air froid de Paris produit des corrugations de la peau, des différences de coloration, des rougeurs par places qui, si elles étaient fidèlement rendues, sembleraient maladives ou déshonnêtes. C'est seulement sous les latitudes où les femmes ne s'habillent guère, où elles pourraient ne pas s'habiller du tout, que la nudité leur va bien. Consultez ceux de vos amis qui ont habité l'Afrique, et ils vous diront que la Mauresque, la Mograbine, la femme de tous les États barbaresques a cela de particulièrement remarquable, que le ton de la peau est uniforme ; ce n'est qu'une même teinte du haut jusques en bas. Cette *monotonie*, au sens étymologique du mot, donne une importance plus grande, sinon unique, à la forme. La femme rentre dans la condition essentielle de la sculpture, et l'on comprend comment les chefs-d'œuvre de la statuaire ont pris naissance en Grèce.

Ce sont les tableaux de genre, les paysages et les natures-mortes qui impriment une véritable supériorité à l'Exposition de cette année. Sous ce rapport, on n'a jamais mieux fait. Beaucoup de toiles de ces trois catégories sont égales, et quelques-unes sont supérieures à ce que la Hollande nous a laissé de plus achevé.

M. Durand (Simon), qui, je crois, n'avait pas encore exposé à Paris, nous fait pénétrer dans « une boutique de barbier du canton du Valais, en Suisse. » Du premier coup, M. Durand se pose en maître. Il n'est vraiment pas possible de rendre d'une façon plus spirituelle, mieux observée et d'une meilleure facture à tous égards, un sujet aussi banal et tant de fois traité.

La *Carte à payer*, de M. Eugène Leroux, est un pur chef-d'œuvre ; c'est parfait. — Le *Baptême*, par M. Leloir (Alexandre-Louis), n'est-il pas adorable ? Outre qu'il est très-solidement peint, et d'un archaïsme de costumes curieux, il est très-finement observé ; toutes les physionomies ont une expression juste. Rien n'est plus vrai ni plus plaisant à regarder que les musiciens altérés tendant leurs chopes vides à la servante accorte qui leur verse une bière

Les variétés de sensibilité sur cette plaque étaient les suivantes :

Les sensations *tactiles*, quoique diminuées, étaient bien perçues sur toute son étendue : le point minimum de cette sensibilité *tactile* correspondait à la partie moyenne du pli jugo-labial, indiqué en noir sur le dessin (A). « Vous appuyez, vous frottez, » disait la malade quand on la touchait avec le doigt, avec une tige ou une épingle.

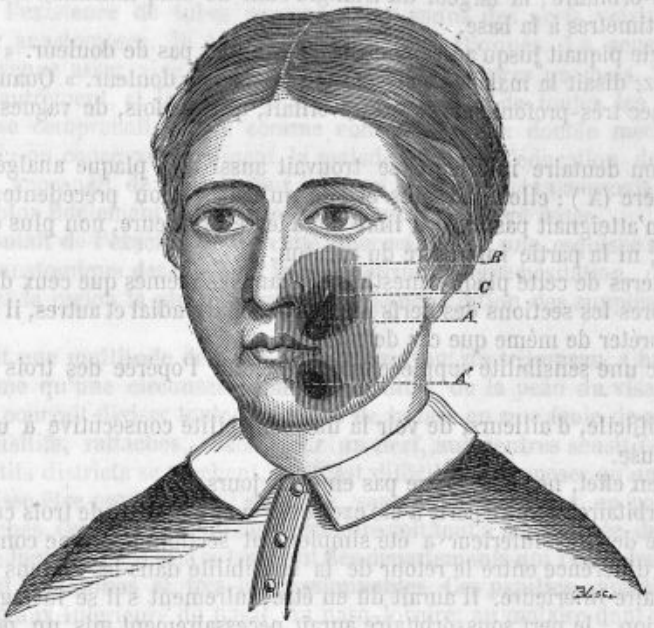


FIG. 8. — Plaque anesthésiée après la section des nerfs sous-orbitaire, buccal et dentaire inférieur.

La sensibilité *à la douleur* était amoindrie dans toute la région. Il y avait, en outre, deux parties de la plaque générale sur lesquelles cette sensibilité n'existait à

---

abondante ; rien de plus charmant que la nourrice toute pimpante qui porte le poupon si bien paré.

N'est-ce pas un bijou aussi que « le *Maître à danser* » de M. Cortazzo (Oreste) ? Les robustes femmes du premier empire revivent dans cette toile si brillante, avec toute la hardiesse de leurs charmes, dont le mauvais goût de la toilette d'alors exagérait encore l'ampleur. — Et comme il est vrai et caractéristique de l'époque, ce maître à danser qui accorde sa *pochette* et qui, au besoin, aurait fait un superbe général !

Où trouver plus de naturel et de finesse que dans la scène pastorale intitulée par M. Rudaux : « *Et mon blé !* » La morale préoccupe assez peu, paraît-il, le paysan qui constate le dégât commis au préjudice de la récolte future. L'attitude du jeune garçon (le fils d'un voisin sans doute) est rendue avec beaucoup d'esprit ; celle de la fillette, si fraîche et si bien costumée, est remplie de grâce. Tous deux sont plus embarrassés que repentants, et cela est d'une juste observation.

Rapprochez de ce tableau, si jeune et si riant, celui que M. Neuville expose sous le titre de : « *Les Dernières cartouches* ; défense d'une maison cernée par l'ennemi. » Le contraste est complet : tout ce que les tueries de la guerre offrent de plus terrible ; tout ce que la bravoure, désormais inutile, peut contenir de colère et d'indignation farouche, est exprimé dans cette œuvre, dont la composition est excellente et dont la facture est irréprochable.

Regardez encore les physionomies si expressives de ces femmes qui, en écoutant le récit d'un blessé, font de la charpie. C'est un épisode de la guerre de Hongrie, en 1848, qu'évoque avec une grande puissance M. Munkacsy, né à Munkacs (le nom de l'auteur et celui de son pays ne diffèrent que d'un *y*). Nous avions déjà remarqué, à l'un des Salons précédents, un tableau du même artiste représentant un condamné à mort dans la prison. M. Munkacsy n'a

peu près plus; c'étaient deux vraies petites plaques analgésiées, en deux points centraux de la plaque générale d'anesthésie.

A la région sous-orbitaire, la petite plaque analgésiée (A), teintée en sombre sur le dessin, rappelait, par sa configuration, la disposition des branches descendantes du nerf sous-orbitaire : elle formait une surface triangulaire à base inférieure, correspondant au bord libre de la lèvre supérieure et à sommet tronqué correspondant au trou sous-orbitaire; la largeur du triangle était de cinq millimètres au sommet, de deux centimètres à la base.

Là l'épingle piquait jusqu'au sang et ne déterminait pas de douleur. « Je sens que vous appuyez, disait la malade, mais je ne sens pas de douleur. » Quand la pointe était enfoncée très-profondément, elle éveillait, quelquefois, de vagues sensations pénibles.

A la région dentaire inférieure se trouvait aussi une plaque analgésiée de la même manière (A') : elle était plus étroite qu'à la région précédente, ovoïde de forme; elle n'atteignait pas le bord libre de la lèvre inférieure, non plus que la partie médiane, ni la partie inférieure du menton.

Les caractères de cette plaque anesthésiée étant les mêmes que ceux des plaques observées après les sections des nerfs médian, cubital, radial et autres, il est naturel de les interpréter de même que ces dernières.

C'est donc une sensibilité suppléée que présentait l'opérée des trois nerfs cités de la face.

Il serait difficile, d'ailleurs, de voir là une sensibilité consécutive à une régénération nerveuse.

Un nerf, en effet, ne se régénère pas en deux jours.

Le sous-orbitaire, d'autre part, a été excisé sur une longueur de trois centimètres, tandis que le dentaire inférieur a été simplement sectionné. On ne constata pourtant aucune différence entre le retour de la sensibilité dans les régions sous-orbitaire et dentaire inférieure. Il aurait dû en être autrement s'il se fût agi vraiment de régénération : le nerf sous-orbitaire aurait nécessairement mis un peu plus de temps que le dentaire à se réparer.

Comment s'exerçait la suppléance sensitive sur l'opérée de l'observation LVIII ?

Par le double mécanisme déjà reconnu dans les autres faits de section nerveuse : ébranlement des papilles nerveuses distantes et anastomoses venues des nerfs voisins.

---

pas le pinceau gai ; sa peinture est aussi noire dans l'intention qu'elle l'est en réalité. Elle est poignante, mais, en même temps, elle est forte, solide et convaincue.

Ce qui, cette année, a arrêté toutes les mamans (pour ne parler que d'elles), ce n'est pas un condamné à mort, mais un condamné à la suspension. Sous le titre de : « *Un jeune criminel,* » M. Lobrichon (Timoléon) nous montre un gros et appétissant poupon, de grandeur naturelle, que sa nourrice a accroché par ses lisières à un clou, et qui, dans cette position, — commode pour la nourrice, — paraît se livrer aux réflexions les plus inattendues. Nous recommandons cette franche et louable fantaisie à la Société protectrice de l'enfance, si jamais elle veut orner sa salle des délibérations.

A propos de salle des délibérations, il faut mentionner un fort beau tableau de M. Léon Dansaert, représentant une assemblée de diplomates ou de hauts fonctionnaires « avant la séance. » Lumière, solidité de ton, variété des physionomies, vérité des attitudes, tout est excellent.

« Le *Trappiste médecin* » de M. Émile Salomé doit être mentionné ici, non que le mérite de ce tableau soit égal à celui des précédents, mais parce qu'il contient de réelles qualités, indépendamment du sujet, qui nous touche de près. Le geste de la fillette qui met un coin de son tablier sur sa bouche, de peur de troubler la consultation, est bien observé. Les faïences qui couvrent la cheminée sont fort belles.

Notons, comme transition aux paysages, une toile très-remarquable de M. Eugène Feyen, intitulée : « Les *Ilôyates de Cancale* » (Ille-et-Vilaine). Il y a là toute une population au bord de la mer, et nous ne croyons pas avoir vu nulle part foule plus vraie, plus fortement peinte et mieux éclairée.

Nous avons déjà dit que les paysages étaient de toute beauté. Il faudrait s'arrêter devant la

L'ébranlement des papilles voisines recevait pour ainsi dire sa démonstration dans le fait actuel. La peau de la joue était soulevée par un peu d'œdème, et au moindre frottement exercé à sa surface, au moindre choc, on voyait courir les vibrations. Il arrivait que, parfois, la malade percevait l'impression du frottement, non pas au lieu même touché de la peau, mais dans la région voisine : celle de l'aile du nez, par exemple, région du filet naso-lobaire à laquelle se transmettait la vibration.

Il n'est pas douteux aussi que la plus grande partie de la sensibilité ne dût être attribuée à l'existence de tubes nerveux sains venus des nerfs voisins et ayant envahi, par anastomoses, le territoire des nerfs sectionnés. La sensibilité à la douleur, devenue assez vive en beaucoup de points, après un mois, ne pouvait s'exprimer autrement, et le perfectionnement croissant de toutes les espèces de sensibilité se comprenait mieux comme conséquence du double mécanisme des suppléances : on concevait comment la malade, faisant l'éducation de sa plaque anesthésiée, apprenait de jour en jour à mieux s'observer, et parvenait à répondre de plus en plus fidèlement aux interrogations qui lui étaient faites.

Si l'on doutait de l'exactitude de cette interprétation, une esquisse rapide de la disposition anatomique des nerfs de la face détruirait toute hésitation.

La face est la région la plus favorable à la démonstration des suppléances sensitives.

Elle reçoit une multitude de nerfs émanant surtout du trijumeau. Chacun de ces nerfs n'anime qu'une circonscription très-limitée de la peau du visage, de telle sorte qu'on pourrait diviser toute la surface de la face en une foule de petits départements sensitifs, rattachés, chacun par un nerf, aux centres sensitifs communs. Tous ces petits districts se touchent, et il est difficile de supposer qu'un contact un peu fort puisse être produit, sur l'un deux, sans qu'il retentisse, en partie, sur les plus rapprochés. Que la région du sous-orbitaire soit tout à coup privée de l'influence de son nerf; tout autour d'elle se trouvent des départements qui l'encadrent, dont les papilles sont très-saines et très-impressionnables. Ces papilles appartiennent aux nerfs palpébraux inférieurs du nasal, au naso-lobaire, au malaire dont les rameaux s'étendent à la joue et à la paupière inférieure, ou dentaire, dont le réseau gencival se répand à la muqueuse voisine de la joue, etc.

Toutes les papilles dépendantes de ces nerfs limitent à un espace assez étroit la région qui paraît dépendre exclusivement du sous-orbitaire. Si l'on vient à toucher cet espace avec le doigt, ou à l'ébranler par le frottement d'une épingle, infaillible-

---

plupart d'entre eux et les admirer à loisir. Mais le temps nous presse. Mentionnons, en courant : D'abord, les deux magnifiques marines de M. Emmanuel Lansyer, prises, toutes deux, dans la baie de Douarnenez et représentant, l'une : l'anse de Treffentec à marée montante; l'autre, les récifs de Kilvouarn. On ne fait pas mieux ; ou, plutôt, il n'y a que M. Lansyer qui puisse faire mieux. Chaque année marque un progrès de cet artiste, dont la personnalité s'accuse de plus en plus. Il prendra certainement, s'il ne le tient déjà, le premier rang parmi cette école des paysagistes français qui, croyons-nous, n'a point d'égale. M. Lansyer a trouvé le secret de conserver à des tableaux achevés toute la vigueur et toute la franchise des esquisses *enlevées* en une séance. Nous saurons, l'année prochaine, si l'on peut aller dans cette voie plus loin que Douarnenez.

Peut-on voir rien de plus frais, de plus charmant, de plus intime, éclairé d'une lumière plus douce que « le *Coin de parc au mois de mai*, » par M. Edm. Hédouin ?

Par contre, M. Huguet s'applique à remplir ses toiles de soleil et de poussière. Il y réussit à merveille. Si les personnages avaient une consistance égale à la valeur du milieu dans lequel ils sont plongés, de la lumière dans laquelle ils nagent, ce serait parfait. Ce sera parfait, car M. Huguet est encore un des jeunes artistes dont on peut, à chaque Salon, constater les incontestables progrès.

Le paysage de M. César de Cock, désigné au livret par ces mots : « *Dans le bois* ; printemps, » est vraiment splendide. Impression blanche ; c'est avril.

« La *Vallée de Cernay* (Seine-et-Oise), » par M. Pelouse, peut être mise à côté des meilleures toiles connues. — L'*Hallali au vivier des Grès* » de M. Goubie emprunte un grand caractère à la fermeté avec laquelle sont dessinés les arbres. Si M. Defaux avait eu le soin de dessiner aussi bien ceux qui occupent la partie droite de son « *Bornage de la forêt de Fon-*

ment on influence les papilles voisines. Celles-ci transmettent l'impression produite. Le *sensorium commune* en apprécie les qualités. Avec de l'habitude, ce mode de percevoir des impressions produites à distance acquiert de la perfection.

Ce n'est pas tout; chacun des petits départements sensitifs de la face a des relations directes avec ceux qui l'entourent : à chaque instant, il est envahi par des rameaux appartenant aux nerfs voisins; à chaque instant, il reçoit des filets venus par anastomoses de nerfs plus ou moins éloignés. Aussi, on peut affirmer qu'il n'est pas exclusivement animé par son propre nerf. Il en résulte que ce nerf propre peut être paralysé ou détruit sans que toute sensibilité disparaisse dans la région.

Le nerf sous-orbitaire étend ses rameaux à la paupière inférieure, à la peau de la joue, du nez et de la lèvre supérieure.

Si ces parties ne recevaient leur innervation que de ce nerf, l'étendue de la région anesthésiée, par sa section, serait considérable. Mais son domaine est singulièrement diminué par l'empiétement des nerfs voisins.

Le nerf nasal externe s'étend sur la racine du nez et sur la partie interne de la paupière inférieure ; il fournit, à ce niveau, un gros filet anastomotique aux branches du plexus sous-orbitaire lui-même; ce filet concourt, après la section du sous-orbitaire, à assurer une certaine sensibilité à la région où se distribuent les branches auxquelles il s'est adjoint.

Le nerf lacrymal s'épuise en filets nombreux à la paupière supérieure et à la commissure externe des paupières, où il entretient la sensibilité cutanée et muqueuse.

Le pinceau des ramifications terminales du nerf malaire s'épanouit dans la région de la pommette et s'étend jusque dans la partie interne de la paupière inférieure, dont elle assure la sensibilité.

Le *filet ethmoïdal* du rameau nasal vient s'épuiser en ramuscules sur la face externe du nez, envahissant même la région voisine du sous-orbitaire.

Le nerf *buccal* venu du maxillaire inférieur forme, dans l'épaisseur de la joue, un plexus dont les rameaux divergents atteignent la commissure des lèvres, la lèvre supérieure et la lèvre inférieure.

Le *dentaire* postérieur envoie une anastomose considérable au dentaire antérieur ; il forme, avec lui, au dessous du point correspondant au plexus sous-orbitaire, un plexus particulier : le plexus dentaire antérieur, source d'irradiations nerveuses dans la muqueuse de la joue et des gencives.

Il est hors de doute que les tubes nerveux, irradiés de ces sources diverses dans

---

tainebleau à Montigny-sur-Loing, » il aurait fait, à mon sens, un excellent tableau. Le ciel est charmant. Le terrain est une route, un chemin, si l'on veut, coupé d'ornières et tacheté de broussailles. Chemin ou route, la voie est, de tous les sujets que reproduit la peinture, celui qui me paraît contenir le plus de poésie, c'est-à-dire le plus de rêves et le plus de réalités tout ensemble : c'est la liberté, l'activité, l'infini. Je me suis toujours étonné que le « *Chant de la route* » n'ait pas encore été formulé et rhythmé. Quel beau motif pour un poëte et pour un poëte français, pour un descendant des anciens gaëls voyageurs ! Il est encore temps !

Le grand « *Escalier d'Ana, à Capri*, » par M. Jean Benner, est d'une très-originale disposition et rend parfaitement l'impression de fraîcheur que l'on trouve le matin, à l'ombre des rochers, sur les bords de la mer.

M. Français a voulu montrer, cette année, qu'il savait peindre autre chose que des paysages, et il a exposé un fort beau portrait, dont le livret ne dévoile que les initiales à la vaine curiosité du public. — M. Picot-Normand a exposé également un beau portrait, celui de M. D... C'est tout ce que j'en sais. — Même mention pour celui de M. O. de V..., par M. Ange Tissier ; — et pour celui de Mlle Gabrielle B..., par Mme de Laperelle-Poisson.

M. Carolus Duran a été plus discret encore, en intitulant : « *Au Bord de la mer* » le portrait équestre d'une actrice connue de tout Paris. A la vérité, les initiales étaient inutiles, le portrait étant, dit-on, extrêmement ressemblant. Mais comment se fait-il qu'on vante la beauté de cette grande fille à paupières infiltrées et à type scrofuleux ? Comment se fait-il aussi qu'on vante, comme on le fait, le mérite de M. Carolus Duran? Le talent du peintre est incontestable, soit. Mais, à mon avis, il s'en sert mal. Ses œuvres sont plutôt des enseignes que des tableaux. La peinture se prête peu aux tours de force ; on aime mieux être charmé que surpris. Dans

le district cutané sous-orbitaire, contribuent à y entretenir une certaine sensibilité.

De plus encore : les branches elles-mêmes, émanées du plexus sous-orbitaire, n'ont pas pour source exclusive le nerf de ce nom.

Le facial constitue, pour elle, une source sensitive importante.

Moteur presque exclusivement à son origine, ce nerf devient mixte dans ses branches. L'énorme anastomose double que lui fournit l'auriculo-temporal est une de ses origines les plus considérables, sans parler des rameaux anastomotiques venus du glosso-pharyngien, du pneumo-gastrique, de la cervicale transverse. Aussi, la sensibilité très-vive des branches principales du facial est un fait hors de doute. La démonstration physiologique en a été faite complète par les expériences de M. Longet. « J'ai mis à découvert, dit cet auteur, les branches principales du nerf facial chez le cheval, le bœuf, le mouton, la chèvre, le chien, le chat, le lapin, et j'ai trouvé constamment ces diverses branches très-sensibles au pincement et à la section ; bien souvent chez le chien il m'est arrivé d'agir sur le facial immédiatement à sa sortie du trou stylo-mastoïdien : une vive douleur s'est manifestée toutes les fois que j'ai irrité ce tronc nerveux. »

Magendie, Herbert Mayo, Backer, Eschricht ont répété ces expériences et ont obtenu les mêmes résultats. « La sensibilité de ce nerf est donc un fait que ne conteste aujourd'hui aucun expérimentateur. » (Sappey.)

Arrivés au contact du plexus sous-orbitaire, les rameaux du facial croisent transversalement la direction des branches de ce plexus, mais, en même temps, ils lui abandonnent bon nombre de filets et prennent ainsi une part notable dans la constitution du plexus.

Ce dernier a donc une double source d'activité : celle que lui fournit le nerf sous-orbitaire ; celle qui lui vient du nerf facial.

Les branches qui émanent de ce plexus, pour se distribuer dans la région sous-orbitaire, sont donc constituées par des tubes sensitifs provenant à la fois des deux nerfs précédents.

Qu'une section du sous-orbitaire soit pratiquée, les tubes sensitifs provenant du facial restent intacts; ils conservent, en partie, la sensibilité d'une région dont l'innervation semblait dépendre du nerf sous-orbitaire seulement, mais qui est en même temps soumise à l'influence du nerf facial et des autres nerfs voisins; il est donc vrai de dire que la section du sous-orbitaire ne paralyse pas absolument la région où se distribuent ses filets.

---

l'espèce, la main gauche, qui est nue, n'est pas dessinée ; elle est à peine peinte. Le fond (la mer) est absolument manqué.

On m'a dit que Mlle Fanny Jacquier avait exposé un bon portrait en miniature, très-ressemblant, de M. Constantin Paul, revêtu de sa robe d'agrégé. J'ai le regret de ne l'avoir point vu. En revanche, j'ai vu plusieurs fois un grand portrait de M. Verneuil, en robe de professeur, signé de M. Philippe (Désiré), qui aurait pu, ce me semble, tirer un meilleur parti de la tête bien construite, intelligente et expressive du modèle. Un des yeux n'est pas d'ensemble, et toute la figure a l'air de faire un effort, — que ne comporte ni la pose ni la situation.

Beaucoup d'entre les tableaux dits de nature morte sont véritablement au-dessus de tout éloge. Les « *Fleurs des champs*, » par Mme Louise Daru, des marguerites, des prunes, des millepertuis, des pavots, etc., sont peints avec une solidité et une vérité qui ne laissent rien à désirer. — Dans le tableau de M. Victor Leclaire, intitulé : « *Brûle-parfums, étoffes et fleurs*, » il y a une touffe de lilas blanc qu'on croirait sculpté dans la pâte, tant il a de relief et d'éclat. — Mais le chef-d'œuvre du genre est « *l'Office*, » de M. Philippe Rousseau. C'est admirable, et cette toile, à elle seule, justifierait les prix, en apparence insensés, auxquels est parvenue la peinture moderne.

Parmi les aquarelles, nous ne citerons qu'une « *Ferme de Savoie*, » par Mme la baronne Nathaniel de Rothschild : d'abord, parce que c'est une des meilleures du Salon ; ensuite, parce que le motif, très-pittoresque, est parfaitement choisi ; et, enfin, parce que le grand talent de l'artiste répond d'une manière définitive à cette banalité obstinée que la misère est nécessaire à l'éclosion des aptitudes.

A la sculpture, nous trouvons un buste en marbre de M. le professeur Tardieu, par

Il en est des autres branches du trijumeau, à la face, comme du sous-orbitaire dont je viens de parler. Elles offrent chacune des dispositions analogues.

Pour le *nerf mentonnier*, la démonstration en est facile.

Le dentaire inférieur, au sortir du trou mentonnier, n'est pas le représentant exclusif de la sensibilité de la région. Un certain nombre de rameaux nerveux, pendant que le dentaire est dans son canal, constituent de petits plexus au niveau de chaque dent. Ces plexus laissent échapper une multitude de filets qui se répandent dans la muqueuse des gencives et des lèvres. Plusieurs rameaux nerveux accompagnant le dentaire dans son canal, s'échappent de l'os par le trou incisif antérieur et postérieur, comme M. D. Mollière l'a mis en évidence dernièrement, et qui vont se rendre à la muqueuse et à la peau de la lèvre. Le nerf lingual, qui atteint la lèvre au même point, s'anastomose avec ces filets incisifs, source d'irradiation sensitive pour la lèvre inférieure. Le nerf milo-hyoïdien vient lui-même joindre son influence au précédent, car il n'est pas exclusivement moteur; il est encore sensitif, fournissant soit à la muqueuse de la lèvre près de la ligne médiane, soit à la peau.

Le nerf buccal, lui aussi, envahit par quelques ramuscules le territoire du plexus mentonnier. Il en est ainsi de la branches cervicale transverse du plexus cervical, qui recouvre d'une série de rameaux la région mentonnière.

Enfin, ce plexus, outre son origine principale, formée par le nerf dentaire au sortir du trou mentonnier, possède encore une source d'innervation dans les branches du facial, qui prennent part à sa constitution, et dont les propriétés sensitives sont augmentées des anastomoses avec les nerfs cervicaux.

Avec des sources de sensibilité aussi nombreuses on ne doit pas s'attendre à trouver, après la section du nerf dentaire ou mentonnier, une paralysie absolue du département du plexus mentonnier. Des tubes nerveux sains y existent encore.

Le nerf zygomatique, le buccal et les autres nerfs de la face, reçoivent à leur tour des anastomoses soit du sous-orbitaire, soit du facial, soit surtout de la branche auriculaire du plexus cervical, laquelle envoie ses ramaux à la pommette et au-dessous d'elle dans la direction de la commissure des lèvres.

De sorte que les branches diverses du trijumeau, qui concourent à former l'important réseau nerveux destiné à la peau de la face, ne conservent pas, dans leur terminaison, des départements entièrement indépendants.

Ces dispositions anatomiques font comprendre l'impossibilité d'une anesthésie

---

M. Princeteau. L'œuvre ne nous satisfait pas entièrement : la bouche est manquée ; l'aspect général n'a pas d'ampleur ; la tête ne se ressemble pas à elle-même, soit qu'on la regarde de face, soit qu'on la regarde de profil.

Nous préférons le buste, en terre cuite, du docteur Damaschino, par Mlle Aline Grégoire, bien que la barbe soit en plumes et que le geste de la tête soit singulier. Le docteur baisse la tête pour regarder en haut, et il a une expression de béatitude séminariste pleine de visions inavouées....

Pourquoi la « *Judith triomphante* » de M. Captier est-elle en nougat ? Il faut convenir que ce malheureux Holopherne avait mérité son sort s'il s'était épris des charmes d'un tel homme, car c'est un homme que cette Judith, et même un fort bel homme ; elle ressemble au docteur W. Regnault, et, au premier aspect, nous avons cru que c'était son portrait en charge.

Un magnifique buste en marbre est celui de M. Jay, architecte, par M. Schrœder. Les cheveux et la barbe sont traités d'une façon différente, ainsi qu'il convient, et la peau est rendue avec une fidélité, une morbidesse, comme disait M. Quatremère de Quincy, qui a été rarement atteinte.

L'œuvre, je ne dirai pas la meilleure, — car elle n'est pas finie, — mais la plus digne d'être regardée, est, selon moi, « l'*Ève naissante*, » de M. Paul Dubois. A ne la voir que superficiellement, elle paraît commune, trop naturelle ; les bras sont grêles et les jambes lourdes ; elle ne *porte* pas par derrière, etc. Pour la bien juger, il faut prendre de la reculée et mettre entre elle et soi d'autres figures qui, au premier abord, semblent supérieures, comme la « *Galatée* » de M. Perraud ou la « *Jeune fille à la fontaine* » de M. Schœnewerk. L'Ève alors s'illumine d'un éclat incomparable : c'est la femme avec son charme et toute sa douceur

absolue d'une partie de la face par la section d'un seul des nerfs précédents. Une sensibilité restera toujours suppléée, soit par impression des papilles à distance, soit par anastomoses.

THÉRAPEUTIQUE

ACTION PARALYSANTE DU CHLORAL.

Il est démontré que le chloral employé pendant un certain temps produit une hyperémie de la peau et un érythème diffus de la face et de la poitrine, que M. Brown-Séquard attribue à une paralysie temporaire des vaso-moteurs de la tête et du cou. Sur 600 aliénés dont M. le docteur Crichton-Browne a la direction à l'Asile de West Riding, dans le Yorkshire, cette hyperémie s'est montrée chez 19 aliénés, sur 40 traités par le chloral. Si l'usage en est prolongé, dit-il, cette action paralysante peut s'étendre à la moelle allongée et spinale, et amener la paralysie des extrémités. Voici deux nouveaux faits qui confirment cette opinion :

Ayant deux monomaniaques à l'asile de Laverstock en proie à de véritables accès d'excitation avec insomnie rebelle, M. Manning prescrivit cinq grains de chloral deux fois par jour à l'un, et le double à l'autre, en donnant ensuite de 30 à 40 grains pour la nuit. Après sept à huit semaines de ce traitement, les malades étaient si déprimés et faibles qu'ils ne pouvaient plus marcher ni mettre une jambe devant l'autre. Une véritable paralysie s'en suivit même tout à coup chez l'un d'eux.

Le chloral fut cessé et la teinture de strychnine fut administrée. La disparition rapide des accidents montra qu'ils étaient bien dus au chloral (*Lancet*, 17 mai).

L'habitude où l'on est d'administrer le chloral contre le *delirium tremens* et l'excitation maniaque des aliénés, rend ces observations intéressantes. L'usage prolongé qu'on en fait, en déterminant cette *chloralisation*, si l'on peut dire, explique la dépression qui s'en suit et la paralysie consécutive qui n'a pas encore été signalée. Il est remarquable, toutefois, que dans les cas de mort survenus à la suite de hautes doses de chloral, il n'y a pas eu de symptômes de narcotisme : la mort a été soudaine, avec l'affaiblissement du pouls et des battements du cœur, rapporté à son influence paralysante sur le grand sympathique. Les Allemands ont aussi remarqué que son usage longtemps prolongé détermine le décubitus, et dans un cas de paralysie progressive, Liebreich a observé que les symptômes s'aggravaient rapidement après son usage prolongé, tandis qu'ils s'amélioraient après y avoir renoncé (*London med. Record*, juin).

Ces observations remarquables doivent donc servir d'avertissement à ceux qui seraient tentés de faire un usage exclusif de ce nouveau remède. — P. G.

native. La Galatée, au contraire, devient sèche par comparaison, petite, convenue ; c'est une danseuse en maillot sortant des mains du coiffeur. La Jeune fille à la fontaine reste charmante, c'est vrai, mais à la manière d'un joli bonbon, d'un ornement, d'un paraphe savamment exécuté par un habile calligraphe. MM. Perraud et Schœnewerk n'iront pas plus loin. J'en dirai autant de M. Moreau, qui a exposé une si gracieuse « *Libellule,* » et de M. Oliva, une si belle et si forte figure de l'abbé Deguerry. On doit admirer ces dernières œuvres, qui sont à la hauteur des œuvres des plus belles époques de l'école française. J'en dirai autant du « *Secret d'en haut,* » par M. Hippolyte Moulin. Mais on peut, sans offense, leur préférer les chefs-d'œuvre de la statuaire grecque et incliner, par conséquent, du côté de M. P. Dubois, qui me semble en train de retrouver le fil de la tradition antique.

Cl. Suty.

Éphémérides Médicales. — 17 Juillet 1575.

Ambroise Paré ayant publié une nouvelle édition de sa *Briève collection de l'administration anatomique*, la Faculté de médecine de Paris traîne au Parlement l'illustre chirurgien, et obtient un arrêt qui « fait défenses, inhibitions à tous les libraires et imprimeurs, d'imprimer aucuns livres de médecine ou de chirurgie, sans qu'ils eussent été vus au préalable et approuvés par la Faculté. » Cet arrêt n'était que la confirmation d'un semblable, rendu le 2 mars 1535, et les bonnets carrés de la Faculté n'eurent garde de se dessaisir de leurs droits, même au profit du plus grand chirurgien de l'époque. — A. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 juillet 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1872 dans les départements de Meurthe-et-Moselle, de l'Ariége, de Saône-et-Loire et du Cantal. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre par laquelle M. Cornil pose sa candidature à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

2° Une lettre de remerciements de M. le docteur Chantreuil, lauréat de l'Académie.

3° Une lettre de M. le Secrétaire général de la *nouvelle Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, prévenant l'Académie de la fusion qui s'est effectuée entre les Sociétés de médecine et médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux, fusion qui a donné naissance à la *Société de médecine et de chirurgie.*

4° Un mémoire sur les thermomètres physiologiques et la thermométrie mathématique applicables à la médecine et à la chirurgie. (Com. MM. Gavarret et H. Roger.)

5° Un mémoire manuscrit intitulé : *Recherches sur la phthisie dans les Amériques intertropicales*, par M. le docteur Henri Dumont. (Com. MM. Briquet, Bourdon, Hérard.)

—

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur H. Dumont, un second mémoire manuscrit intitulé : *Du choléra des Antilles dans ses rapports avec la fièvre jaune et les maladies paludéennes de* 1865 *à* 1867. (Com. MM. Barth, Chauffard et Fauvel.)

M. BÉHIER dépose sur le bureau le tome IIe des *Bulletins de la Société de médecine légale.*

M. FAUVEL offre en hommage, de la part de M. le docteur Proust, un ouvrage intitulé : *Sur l'hygiène internationale, ses applications contre la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique.*

M. CHAUFFARD présente, de la part de M. René Briau, bibliothécaire de l'Académie, une brochure intitulée : *Du serment d'Hippocrate et de la lithotomie.*

—

M. le docteur THOLOZAN, médecin du shah de Perse, membre correspondant de l'Académie, lit un travail intitulé : *Considérations générales sur le développement des grandes épidémies de choléra.* Ce travail, dont nous regrettons de n'avoir pas retrouvé le manuscrit au secrétariat, a pour but de démontrer que le choléra n'a pas les Indes pour foyer unique, et qu'il trouve dans certains autres pays, entre autres l'Afganistan et le Turkestan, des centres d'irradiation. Nous publierons dans un prochain numéro une analyse de ce travail important.

M. FAUVEL demande à faire des réserves formelles sur la doctrine exposée par M. le docteur Tholozan.

M. Jules GUÉRIN rappelle que, depuis trente ans, il professe cette doctrine.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la réorganisation du corps de santé militaire. — La parole est à M. BUSSY.

L'honorable orateur lit un discours dans lequel il commence par exposer les motifs qui l'ont porté à donner sa démission de membre de la commission de l'Académie, avec ses collègues, MM. Gobley et Poggiale.

Lorsqu'il a vu, par les progrès de la discussion, les probabilités défavorables à la pharmacie militaire prévaloir dans le sein de la commission, il a donné sa démission pour ne pas mettre sa signature au bas d'un rapport qui pouvait avoir pour conséquence de déposséder la pharmacie du rang qu'elle occupe dans le service de santé militaire et de la faire descendre d'un grade, c'est-à-dire de lui infliger une dégradation partielle, il est vrai, mais qui n'en serait pas moins imméritée.

M. Bussy continue en rappelant les services éminents rendus par le corps des pharmaciens militaires depuis sa création. Il termine de la manière suivante :

« C'est pourquoi, me bornant strictement aux questions posées par M. le ministre, je réponds :

Les pharmaciens militaires doivent-ils être fusionnés avec les médecins ? — Non.

Les pharmaciens militaires doivent-ils être subordonnés aux médecins ? — Non.

Est-il plus avantageux que les choses restent dans leur état actuel? — Oui. »

M. Poggiale lit la première partie d'un discours divisé en quatre parties :

1° La pharmacie militaire doit-elle être fusionnée avec la médecine?

2° Convient-il de la subordonner à la médecine?

3° La médecine et la pharmacie doivent-elles continuer à être séparées et indépendantes l'une de l'autre?

4° Doit-on donner aux médecins militaires la direction des services hospitaliers?

Sur la première question, l'orateur conclut en ces termes :

« En résumé, la distinction des études médicales et pharmaceutiques, l'incompétence absolue des médecins militaires dans la pratique de la pharmacie, l'impérieuse nécessité de sauvegarder la santé et la vie de nos malades, l'application journalière des sciences physiques et naturelles aux expertises dans l'armée, les résultats regrettables de la fusion de la médecine et de la chirurgie, l'expérience plus regrettable encore de 1836 à 1852, et enfin les prescriptions formelles de la loi imposent au gouvernement l'obligation de maintenir la division actuelle du corps de santé en *deux sections parallèles et indépendantes l'une de l'autre*.

« Je fais des vœux pour que, au lieu de ces rivalités stériles auxquelles nous avons la douleur d'assister, l'amour du bien, l'esprit scientifique et le dévouement au soldat malade les inspirent constamment l'une et l'autre. »

L'orateur passe ensuite à la deuxième question, dont il traite une partie; mais l'heure avancée et la fatigue l'obligent à interrompre sa lecture, qu'il demande à renvoyer à la prochaine séance.

M. le Secrétaire perpétuel, répondant à une allégation de M. Poggiale, déclare qu'il a été admis aux séances de la commission, et qu'il a pris part à la discussion non comme membre, mais comme assistant seulement avec voix consultative.

Il ajoute, pour répondre à une autre allégation de M. Poggiale, que l'Académie a été saisie de cette discussion par une demande formelle des ministres de la guerre et de l'instruction publique, qui attachent une grande importance à ce que l'Académie donne son avis avant que la loi sur la réorganisation de l'armée soit votée par l'Assemblée nationale. Or, le rapport de M. le général Chareton a été déposé; la discussion a commencé hier à l'Assemblée nationale et elle se continue aujourd'hui; il y a donc urgence de discuter le rapport de M. Broca, et de faire parvenir au plus tôt à l'autorité compétente la réponse de l'Académie.

M. Larrey demande la parole pour faire observer que ni M. Bussy, ni M. Poggiale n'ont répondu au magnifique rapport de M. Broca; les arguments qu'ils ont fait valoir ont porté sur des arguments qui n'étaient pas du tout en cause. On a imprimé que les médecins militaires n'avaient été mus que par des vues d'intérêts, de domination et d'ambition, qu'ils étaient animés de sentiments hostiles contre les pharmaciens militaires. M. Larrey proteste contre de pareilles accusations. De tout temps les médecins militaires se sont plu à faire valoir et récompenser les services rendus par les pharmaciens, dont ils ont toujours vanté le zèle et la science. Mais là n'est pas la question. Il s'agit aujourd'hui, pour le corps de santé militaire, d'une réorganisation complète qui doit la rendre indépendante de l'intendance, administration souverainement incompétente. Or, si le corps de santé militaire possède son autonomie, et ne relève plus que du commandement supérieur, il est juste que, à son tour, la pharmacie militaire soit subordonnée à la médecine militaire, puisque, dans l'armée, comme dans la pratique civile, c'est le médecin qui prescrit et le pharmacien qui exécute, et que la véritable responsabilité incombe au médecin.

MM. Bussy et Poggiale répondent à M. Larrey que les médecins militaires ne leur paraissent pas faire preuve d'une grande bienveillance envers les pharmaciens, parce qu'ils proposent : 1° de supprimer le titre de pharmacien inspecteur général, ou d'abaisser d'un grade les pharmaciens militaires; 2° de les subordonner à la médecine militaire.

M. Larrey fait remarquer que, chez toutes les nations étrangères, la pharmacie militaire est subordonnée à la médecine; il en est ainsi dans les armées anglaise, allemande, hollandaise, italienne, belge et turque! Enfin, en Perse, d'après le renseignement que M. le docteur Tholozan a donné aujourd'hui même à M. Larrey, la pharmacie militaire n'existe pas.

M. Poggiale : Mieux vaudrait appliquer à la France le régime de la Perse que celui de la commission!

M. Chauffard demande que les futurs orateurs qui prendront la parole dans cette discussion s'en tiennent aux questions visées par le rapport de M. Broca, afin que la lutte se concentre sur un terrain bien défini et qu'on ne s'expose pas à combattre des moulins à vent.

M. Legouest cite quelques passages du rapport de M. Bouisson, membre de la sous-commission de la réorganisation de l'armée, dans lequel les pharmaciens conservent leur situation

actuelle, non-seulement au point de vue de la hiérarchie, mais encore au point de vue de la liberté de leurs fonctions. Sans doute on a supprimé le pharmacien inspecteur général, parce que, le cas échéant, un pharmacien pourrait devenir le directeur du service de santé, pour lequel il serait évidemment incompétent.

M. Legouest cite, en outre, des documents officiels, datant de 1810, et d'après lesquels le principe de la subordination de la pharmacie militaire à la médecine était admis par des hommes qui s'appelaient Coste, Larrey, Desgenettes, Percy et Parmentier. Ce principe était également admis par Bégin.

M. Gaultier de Claubry demande que l'on ne sorte pas de la question, et que la discussion porte uniquement sur la lettre du ministre; le rapport, quel qu'il soit, n'est qu'un document.

Sur la proposition de M. Moutard-Martin, appuyée par divers membres, et après quelques observations de MM. Poggiale, Larrey, Broca, et de M. le Président, l'Académie décide qu'elle se réunira jeudi, à trois heures, en séance supplémentaire, pour la suite de cette discussion.

— La séance est levée à six heures.

FORMULAIRE

Élixir dentifrice. — Cheltenham.

Camphre pulvérisé	30	grammes.
Myrrhe pulvérisée	15	—
Écorce de quinquina pulvérisée	30	—
Eau distillée	60	—
Alcool rectifié	250	—

Faites macérer les poudres pendant huit jours dans de l'alcool étendu d'eau, et filtrez pour obtenir un liquide qu'on emploiera comme dentifrice. — N. G.

Paris, ce 24 juin 1873.

Monsieur le rédacteur,

Voudriez-vous publier dans votre journal le fait suivant, qui me semble présenter un certain intérêt ?

M. le docteur Léon Labbé et moi donnèrent des soins à une dame G..., atteinte de cancroïde du col de l'utérus. Cette dame avait été, une première fois, cautérisée au mois de février dernier, et cette opération avait amélioré son état. Le cancroïde ayant repullulé, nous décidâmes, au commencement de ce mois, de faire une nouvelle cautérisation : elle devait avoir lieu le vendredi 6 juin. M. Labbé ayant été empêché, l'opération fut heureusement remise, car, *deux jours après*, le dimanche 8 juin, on me demandait en toute hâte pour cette dame, atteinte d'une péritonite aiguë qui l'enlevait en trois jours. *Si la cautérisation avait été faite, n'aurait-elle pas été considérée comme cause de la péritonite ?*

Tous les faits de péritonites attribuées à une simple exploration, ou même à un toucher vaginal, ne sont-ils pas dus, comme le nôtre, à la propagation du mal?

Daignez agréer, Monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr Henri Desplats.

— La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante :

« Des moyens que peuvent employer les Sociétés protectrices de l'enfance pour atteindre le « but qu'elles se proposent. Serait-il possible d'organiser partout une surveillance médicale « efficace pour les nourrissons et les enfants assistés, et par quels moyens pratiques ce résul- « tat pourrait-il être obtenu ? »

Les candidats devront étudier le mode de fonctionnement des Sociétés protectrices existantes; indiquer les différences et les analogies que ces Sociétés présentent entre elles sous ce rapport; faire ressortir ce que chaque mode peut avoir d'avantageux et rechercher si d'autres moyens plus efficaces ne pourraient pas être mis en usage; examiner, enfin, si la surveillance des nourrissons porterait une atteinte quelconque à la liberté individuelle ou au droit des familles.

Un prix de la valeur de cinq cent francs sera décerné dans la séance de janvier ou février 1874, au meilleur mémoire sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés, *franco*, avant le 1er décembre prochain, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général, place des Célestins, 7. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

CARREAU. — PÉRITONITE CHRONIQUE DEVENANT AIGUE PAR PERFORATION. — AUTOPSIE : FOIE GRAS, RÉTENTION BILIEUSE ET CHYLEUSE, PLUSIEURS LOMBRICS.

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 23 mai 1873,

Par le docteur FERRAND, médecin des hôpitaux.

Le fait que j'ai l'honneur de présenter sous ce titre à la Société, vient d'être observé par moi, à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service dont j'ai été chargé cet hiver.

L'enfant G... (Julie), âgée de 6 ans, est entrée le 7 avril au n° 21 de la salle Sainte-Mathilde.

Des renseignements pris auprès de ses parents, il résulte que sa mère est morte au moment de la naissance de son enfant ; elle n'a ni frères ni sœurs, son père est en bonne santé.

Bien qu'elle n'ait jamais eu de maladie grave jusqu'ici, cette enfant a toujours toussé, et depuis cinq mois surtout ; en même temps son ventre est devenu dur et ballonné, il s'est produit de la diarrhée, de l'anorexie ; à ces phénomènes il faut ajouter de l'agitation et des sueurs la nuit et une chaleur fébrile tous les soirs.

Au moment de son entrée, l'enfant, bien qu'elle porte les attributs extérieurs du tempérament lymphatique, semble encore assez forte et assez bien portante. En même temps qu'on constate une toux assez fréquente, on trouve les signes physiques d'une tuberculose encore au premier degré, dans les deux sommets, et plus particulièrement à droite (matité, souffle et craquements secs).

La paroi abdominale antérieure est bombée de telle sorte que la partie la plus saillante répond bien à la ligne médiane et à l'épigastre. La palpation permet de s'assurer de l'existence d'une certaine quantité de liquide, dont la percussion vient confirmer la présence, en montrant une matité étendue à toute la région inférieure de l'abdomen ; cette matité d'ailleurs se déplace assez manifestement, quand on change le décubitus de la malade.

La diarrhée est assez forte, constituée par des selles molles, mélangées de matières muqueuses, sans fétidité excessive, ne contenant ni sang ni pus.

La fièvre se reproduit le soir, bien qu'elle soit communément nulle le matin. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'albuminurie.

En présence des phénomènes généraux et des signes fournis par l'examen des poumons, on ne pouvait attribuer qu'à une irritation tuberculeuse les accidents observés du côté de l'abdomen. Restait à déterminer sur quel élément cette diathèse avait plus particulièrement déposé

FEUILLETON

CAUSERIES

On ne se rend pas bien compte de l'empressement de l'Académie à voter le rapport de M. Broca. Il est certain, cela a été surabondamment prouvé par nous d'abord, puis par MM. Bussy et Poggiale, que la partie de la loi sur la réorganisation militaire qui concerne le service de santé, est ajournée et fera même l'objet d'une loi spéciale. Cette loi non-seulement n'est pas présentée, mais n'est pas même préparée. L'Académie avait donc tout le temps de réfléchir, de discuter et de voter. Pourquoi donc cette hâte qui a tant blessé les pharmaciens ? On était sûr de les battre, pourquoi ne pas y mettre un peu plus de formes ?

Est-il certain que les délibérations de l'Académie seront confirmées par les décisions de l'Assemblée nationale ? Les pharmaciens en doutent, et vont probablement agir en conséquence. Ils pensent, ils disent que le parti de l'intendance est plus fort qu'on ne le croit ; que le peu de confiance qu'on a généralement dans la capacité administrative des médecins nuira singulièrement à leur prétention à l'autonomie ; que tout ce qui s'est passé depuis deux ans à l'Assemblée, en ce qui concerne les affaires médicales, témoigne d'un mauvais vouloir évident pour les médecins, ou tout au moins d'une méfiance extrême pour leur immixtion dans l'administration. Et ils rappellent le projet de loi Naquet, qui, sous et malgré ses deux métamorphoses, n'a pu arriver à la discussion ; la loi sur les commissions administratives des hôpitaux et hospices, d'où les médecins ont été si ignominieusement exclus, et d'autres indices encore des mauvaises dispositions de l'Assemblée pour les médecins.

Sous ce rapport, les pharmaciens ont raison. Sur nos intérêts professionnels, nous n'avons

ses produits; savoir : la muqueuse intestinale, la séreuse péritonéale, les ganglions mésentériques.

L'absence des signes qui se rapportent aux ulcérations intestinales m'avait fait éloigner l'idée d'une entérite tuberculeuse, et j'inclinais pour une péritonite chronique avec ou sans tumeurs ganglionnaires, en raison de la présence de l'épanchement intra-péritonéal, et de la sensibilité du ventre.

Le traitement consista en boissons émollientes et toniques, un peu de quinquina y fut adjoint. Et à défaut d'indication nosologique bien déterminée et possible à atteindre, je prescrivis les diurétiques et les astringents (scille et tannin).

Sous cette influence l'état général de la malade semblait s'améliorer. Bien que l'épanchement abdominal eût pris encore un peu d'accroissement lent et graduel, l'appétit revenait, la diarrhée avait beaucoup diminué; les douleurs abdominales avaient à peu près disparu, laissant le diagnostic quelque peu perplexe entre la péritonite chronique et le carreau.

Le 30 avril, dans la journée, la malade est prise tout d'un coup de douleurs abdominales des plus violentes, s'irradiant par tout le ventre; des vomissements répétés se produisent, d'abord alimentaires, puis bilieux; la dyspnée s'accroît jusqu'à l'orthopnée proprement dite. Je la trouve dans cet état le lendemain matin, et constate que le ventre a grossi par le fait d'une augmentation de l'épanchement; la pression, le simple contact de la main sur le ventre, réveillent des douleurs excessives; l'enfant éprouve des envies continuelles d'aller à la selle et les envies ne sont suivies d'aucun effet.

La face est pâle, livide, les traits sont grippés, les lèvres légèrement cyanosées, les extrémités se refroidissent; c'est un type d'algidité avec anxiété et angoisse, avec pouls petit, filiforme, à peine sensible.

La malade, assise dans son lit, se plaint vivement; elle a conservé d'ailleurs toute sa connaissance et répond nettement aux questions qu'on lui pose.

En présence des signes d'une péritonite suraiguë, avec un état d'algidité si profonde, je diagnostique une perforation intestinale, et pronostique une issue prochainement funeste qui n'a lieu cependant que le lendemain, c'est-à-dire environ vingt heures après l'accident. Elle meurt le 1er mai, dans le même état.

L'autopsie est faite en ma présence, vingt-quatre heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un liquide abondant (4 litres environ), verdâtre, séro-purulent et fétide. Le paquet intestinal apparaît ensuite, réuni en une seule masse, par des adhérences déjà anciennes et qui paraissent occuper la collerette du mésentère bien plus que la surface péritonéale du cylindre intestinal. Le péritoine viscéral ne présente que peu d'injection, pas de fausses membranes ni anciennes ni récentes; vers la fosse iliaque droite est un point dans lequel sont au contraire groupés de la congestion vasculaire peu étendue, une exsudation plastique organisée, au milieu de laquelle s'est faite la perforation.

Le péritoine pariétal est semé de granulations tuberculeuses à l'état caséeux, dans toute la

---

rien de bien bon à attendre de nos législateurs qui ne les comprennent guère, et ce que nous avons de mieux à espérer, c'est qu'ils veuillent bien ne pas s'occuper de nous. Il est plus que probable qu'il en sera ainsi pour ce qui concerne la médecine civile, mais il paraît impossible que la présentation de la loi supplémentaire sur l'organisation du service de santé et des autres services administratifs ne suive pas de près l'adoption de la loi générale sur l'organisation de l'armée. C'est alors, et vers l'Assemblée, que l'intendance dirigera toutes ses batteries, et cette institution, il ne faut pas que nos confrères de l'armée s'y trompent, trouvera de nombreux et de puissants défenseurs dans l'Assemblée. Parce que le principe de l'autonomie de la médecine militaire aura été inscrit dans l'exposé des motifs de la loi, parce que l'Académie aura voté ce principe, tout ne sera pas dit, tout ne sera pas fait, et, sans vouloir ici trancher du prophète, on peut assurer que cette autonomie désirée et désirable ne passera pas, si elle passe, sans rencontrer de grosses difficultés.

Nos confrères de l'armée savent aussi, et au besoin on peut leur rappeler que, si les généraux détestent cordialement l'intendance, ils n'aiment pas aussi beaucoup la médecine, c'est-à-dire qu'ils ne paraissent pas avoir, en général, des idées suffisantes sur son importance, son utilité, le rôle qu'elle peut remplir. De là le rang effacé qu'elle a longtemps occupé dans la hiérarchie militaire, de là l'opposition que les officiers généraux ont faite à l'assimilation des grades qui, d'ailleurs, ne dépasse pas celui de général de brigade. Dans les distinctions honorifiques, Michel Lévy est le premier médecin militaire, croyons-nous, qui ait obtenu la croix de grand officier de la Légion d'honneur.

De sorte qu'il est permis de se demander, et c'est ce que quelques bons esprits qui ne se payent pas de mots se demandent, ce que la médecine militaire gagnera en virtualité, en spontanéité, de passer de l'autorité et du contrôle de l'intendance à l'autorité et au contrôle du

partie qui tapisse la paroi abdominale antérieure; au niveau du foie et du diaphragme, il y a des adhérences telles que l'on enlève avec ce muscle tout le paquet intestinal et ses annexes.

Les ganglions mésentériques postérieurs, situés au devant de la colonne vertébrale, sont considérablement augmentés de volume et présentent à la coupe l'aspect caséeux; quelques-uns, complétement ramollis, contiennent un liquide puriforme, laiteux, qu'ils laissent échapper par la ponction; lequel est dû problement au mélange du chyle avec le produit du ramollissement; les plus gros atteignent le volume d'un œuf de pigeon et sont groupés près du bord adhérent du mésentère, le long de la veine cave inférieure. D'autres moins gros sont répandus dans le mésentère jusqu'à son bord intestinal; tous sont blanchâtres à la coupe et plus ou moins ramollis. Le mésentère lui-même est chargé de graisse.

Au milieu de ces parties, on rencontre une dizaine d'ascarides lombricoïdes, dont plusieurs sont sortis par l'orifice de l'intestin perforé et se sont répandus dans le péritoine, probablement dès avant la mort.

L'intestin est déplissé et examiné. Il présente une double ulcération qui paraît siéger dans un ganglion lymphatique ramolli et rompu au contact de la paroi intestinale. Une de ces ulcérations a respecté la paroi de l'intestin, au moins dans ses tuniques internes qui sont simplement congestionnées, ramollies et amincies dans son voisinage; l'autre se présente sous la forme d'un entonnoir dont un ganglion ramolli forme la partie évasée et dont la paroi intestinale perforée figure le sommet; la perforation qui siége à environ 0,50 cent. du cœcum a environ le diamètre d'une plume de corbeau; ses bords sont formés par la section irrégulière et déchiquetée des tuniques intestinales, par le ganglion et l'infiltration plastique qui y adhèrent. Le fond en est un peu rouge et fongueux; mais cette altération ne s'étend nullement du côté de la muqueuse qui semble bien n'avoir été atteinte qu'en dernier lieu, d'autant plus qu'en aucun point elle n'offre trace d'ulcération ou d'inflammation quelconque. On trouve seulement, dans l'intérieur de l'intestin, quatre ou cinq autres lombrics roulés en peloton.

Le foie est gros, mou, jaune chamois, friable, manifestement graisseux; les lobules sont infiltrés de graisse. Un ganglion dégénéré est placé à cheval sur le canal cystique qu'il comprime, empêchant l'écoulement libre de la bile. La rate est saine, petite et ferme. Les reins sont normaux.

L'examen du thorax montre les poumons congestionnés, mais perméables. Des tubercules à l'état de crudité et à l'état crétacé occupent les deux sommets. Le cœur n'offre aucune altération, si ce n'est qu'il est rempli de caillots, surtout pour ce qui regarde ses cavités droites.

Plusieurs considérations me semblent motivées par cette observation :

Je n'insisterai pas sur celles qui ont trait au diagnostic et sur ce que celui-ci pouvait avoir d'insidieux dans le cas actuel. C'est là un fait bien connu, que le diagnostic du siége anatomique des affections tuberculeuses du ventre est toujours

---

commandement. Dieu veuille que nos confrères de l'armée ne chantent pas bientôt en chœur, comme dans la *Muette :*

Nous n'avons fait que changer de tyran.

Cela soit dit non pour décourager nos confrères de l'armée, non pour les détourner de leurs légitimes aspirations vers des réformes nécessaires, mais pour les prémunir contre des déceptions possibles, dans le cas où ils obtiendraient cette autonomie sollicitée avec tant d'ardeur.

Quant aux pharmaciens, leur échec devant l'Académie est trop prévu pour qu'ils en soient surpris et qu'ils en restent trop affligés. Ils se sont bravement défendus; s'ils succombent, ce n'est pas sans gloire et non sans avoir intéressé à leur cause des esprits éminents, comme M. Dumas, par exemple.

Un petit succès leur est même arrivé hier. La clôture de la discussion générale, vivement demandée, a été repoussée par une forte majorité, et M. Fauvel s'est engagé à prouver que l'Académie n'a pas à s'occuper de la question d'autonomie, sur laquelle elle n'est pas consultée.

La discussion continuera donc mardi prochain.

Dr Simplice.

Éphémérides Médicales. — 19 Juillet 1746.

La dauphine accouche d'une fille, mais meurt bientôt après. On jure contre les médecins; Payrat, accoucheur de la reine, est certain de perdre tout crédit à la cour. — A. Ch.

délicat, et que le clinicien devra souvent rester hésitant entre le carreau et la péritonite tuberculeuse, lorsque ces affections se présenteront à son observation.

On ne saurait se méprendre sur l'évolution pathologique qui a dû se produire dans le péritoine; l'épanchement abondant et purulent constaté à l'autopsie est consécutif à la perforation, et il est facile d'en interpréter ainsi le mécanisme. La faible quantité de liquide constatée au contraire dès le début semble plutôt se rapporter à une sorte d'irritation sécrétoire, liée sans doute à la présence des granulations sur la surface de la séreuse, à une sorte d'hyperémie active, tenant le milieu entre la vraie péritonite et la vraie ascite; distincte toutefois de la péritonite par l'acuité des douleurs locales et de la réaction pyrétique générale qui appartiennent à cette affection, et distincte de l'ascite, par la nature de l'exsudat, dans lequel la présence des granulations fibrineuses révèle la source plasmatique et inflammatoire.

On ne saurait se dissimuler cependant que l'examen anatomo-pathologique des viscères donnerait aussi volontiers raison à la production de l'ascite qu'à celle de la péritonite. En face de ces masses ganglionnaires qui pèsent sur la veine cave, et dont le chapelet suit, dans leur trajet, les vaisseaux abdominaux, on pouvait se demander s'il n'y avait pas eu là quelque fait de compression veineuse occasionnant l'œdème. L'absence d'œdème aux membres inférieurs enlève à cette hypothèse sa probabilité.

En rejetant l'idée d'une compression de la veine cave, suffisante à provoquer l'hydropisie, on pouvait encore rechercher les éléments d'une compression analogue produisant les mêmes effets le long du système de la veine porte, soit dans le foie, soit en avant, soit en arrière de cet organe.

Le foie, en effet, a dû être le siége d'une véritable ischémie, tant l'élément vasculaire y semble diminué au profit de l'élément cellulaire infiltré de graisse. Aussi, bien que le foie graisseux ne soit pas toujours accompagné de cet épiphénomène, ne ferai-je nulle difficulté de croire qu'une telle lésion n'ait été pour quelque chose dans la production de l'épanchement péritonéal au début.

Le mécanisme par lequel s'est produite cette infiltration graisseuse du foie est certainement le point le plus intéressant à étudier à propos de ce fait, parce qu'on trouve dans son observation, si je ne me trompe, des moyens de s'en rendre un compte assez satisfaisant. Si l'on rapproche d'une part l'infiltration graisseuse excessive des lobules hépatiques, et d'autre part l'espèce de turgescence du septème chylifère, se traduisant en particulier par l'accumulation de matières chyleuses dans des ganglions devenus probablement imperméables en même temps que caséeux; si l'on fait ce rapprochement, on est conduit à penser que les matières chyleuses absorbées par les radicules chylifères, ne trouvant pas d'issues dans ce système, ont dû être reprises par les racines de la veine porte, et transmises au foie en quantité surabondante et toute anormale. Là, entrant en conflit avec les éléments cellulaires du parenchyme en question, elles se sont répandues au milieu d'eux et dans leur intérieur, accompagnées d'ailleurs des matières glycogènes et des produits albuminoïdes et sucrés.

Les physiologistes ont remarqué que cette altération graisseuse du foie paraissait se rencontrer surtout avec l'exagération dans l'ingestion ou dans la production des matériaux graisseux, ou bien encore, avec les cas où est entravée la destruction de la matière grasse, soit directement ingérée, soit assimilée et reprise par la désassimilation. De sorte que, dans la plupart des cas, un mécanisme très-simple présiderait à cette surcharge de graisse. Le résultat n'est-il pas le même, en effet, que celle-ci se produise en excès ou qu'elle cesse de se détruire?

Ici, l'afflux graisseux me paraît tenir à une autre cause : nous avons vu les ganglions lymphatiques du mésentère obstrués par leur dégénération et distendus par le chyle. Or, les matériaux chyleux ne pouvant se faire jour par les voies normales, ont dû être repris par le système de la veine porte et entraînés dans le foie en proportion surabondante. Peut-être même est-il possible que des matériaux albumineux, dans le parcours de ce trajet anormal, aient subi le dédoublement qui leur

permet de se transformer partiellement en substances hydrocarbonées et d'augmenter encore pour leur part l'afflux déjà excessif des matériaux de ce genre.

Pour appuyer cette hypothèse, il nous faudrait passer en revue tous les cas où les ganglions abdominaux étant devenus imperméables, le système porte a dû les suppléer, et le foie recevoir à cause de cela une masse considérable des matériaux qui d'habitude prennent une autre route. Il faudrait rechercher encore si l'état gras du foie, soit par infiltration, soit par dégénération, coïncide bien réellement avec tous les cas où les matières grasses semblent produites en excès ou insuffisamment détruites.

Lereboullet, en 1853, dans ses recherches *sur la nature de l'altération connue sous le nom de foie gras*, à l'exemple des physiologistes, a séparé le foie sanguin du foie biliaire, et attribué aux cellules vasculaires l'altération graisseuse. Cette distinction, que l'observation n'a cessé de confirmer depuis lors, subsiste tout entière; et elle peut nous expliquer qu'un afflux excessif de graisse abordant le foie par les voies sanguines soit l'origine et la cause de l'infiltration graisseuse des cellules vasculaires de cet organe.

Je ne pense pas cependant que l'on puisse comparer cette transformation du foie à celle que M. Cl. Bernard a pu faire subir au pancréas en injectant une substance grasse dans ses canaux excréteurs. Le mécanisme de l'infiltration diffère et le résultat aussi, puisque, dans ces cas, le pancréas est comme saponifié, tandis que le foie, au contraire, est infiltré de graisse.

On sait cependant que Frerichs, alimentant des chiens avec de l'huile de foie de morue, a vu le foie se stéatoser, probablement par le seul fait de l'introduction dans l'économie d'une trop grande quantité d'aliments graisseux. On s'étonnera peut-être alors que la graisse soit surtout accumulée dans l'intérieur des cellules; mais on sait aussi que Vogel et Wedl ont distingué tout à la fois l'infiltration graisseuse intra-cellulaire et l'infiltration graisseuse interlobulaire. On sait encore que ces transformations graisseuses paraissent débuter par la périphérie du lobule, c'est-à-dire dans les points qui sont plus spécialement en rapport avec les ramifications de la veine porte.

Cette répartition de la graisse est encore, à ce qu'il me semble, une raison de croire que le système de la veine porte est souvent la voie par laquelle les matières grasses arrivent en excès dans l'intérieur du parenchyme hépatique; et, dans le cas actuel, l'obstruction et la distension chyleuse des voies lymphatiques semblent donner encore une confirmation à cette interprétation des faits.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

CONTRACTURE DU SPHINCTER ANAL. — INSUCCÈS DES TOPIQUES ET DE LA DILATATION LENTE. — GUÉRISON PAR LE BROMURE DE POTASSIUM;

Par le docteur A. Leriche.

On a cru généralement, depuis Boyer, que la contracture du sphincter anal était un phénomène réflexe dû à l'existence primitive d'une fissure; or, non-seulement M. Gosselin s'est attaché à montrer que la fissure rectale ne s'accompagnait pas toujours de contraction anormale du sphincter, mais encore plus d'un praticien s'est trouvé en face de contractures primitives qui n'avaient pour point de départ aucune ulcération de la muqueuse.

On a l'habitude de n'employer, contre la contracture du sphincter anal, que des moyens locaux (pommades narcotiques ou astringentes, dilatation graduelle ou brusque, incision), sans doute à cause de cette préoccupation de l'ulcération locale primitive. Il serait rationnel pourtant, vu l'insuffisance fréquente et les inconvénients de ce mode de traitement, de recourir, dans le spasme essentiel, aux antispasmodiques généraux et, en particulier, au bromure de potassium.

L'observation suivante vient à l'appui de ce que j'avance :

Je fus consulté, il y a huit mois, par un serrurier, âgé de 39 ans, doué d'une bonne consti-

tution, d'un tempérament sanguin, et vivant dans des conditions hygiéniques favorables. Sans avoir eu antérieurement de maladies sérieuses, il avait commencé, au mois de novembre 1871, à éprouver des douleurs en allant à la garde-robe. Ce ne fut qu'au bout de deux mois qu'il en parla à son médecin. On lui conseilla des pommades auxquelles on incorpora successivement du laudanum, du camphre, de l'extrait de belladone, mais il n'en retira aucun soulagement. On eut beau recourir encore à des bains, à la dilatation par des mèches, puis par l'éponge préparée, rien n'y fit; et, malgré six mois de ces divers traitements, quand je vis le malade pour la première fois, en juillet 1872, le sphincter opposait au doigt qu'on cherchait à introduire dans le rectum une résistance énergique, qu'on ne pouvait vaincre qu'en déterminant des douleurs atroces. Les matières fécales étaient rares, de la grosseur du petit doigt, et n'étaient rendues qu'après des efforts inouïs.

Je conseillai au patient de cesser toute tentative de dilatation et d'appliquer douze sangsues à l'anus; je lui prescrivis, en outre, un bain, du repos, un régime composé de végétaux et de viandes blanches. Huit jours après, la douleur avait diminué; mais la contracture en était toujours au même point. Mon malade manifestait une grande terreur à l'égard de toute opération. Je me contentai de le soumettre au bromure de potassium.

Je commençai par la dose quotidienne de 2 grammes, que j'élevai graduellement jusqu'à 6.

Dès le deuxième jour de ce traitement, les douleurs avaient encore très-notablement diminué, et au bout d'un mois, en septembre, tous les symptômes avaient disparu : il n'y avait plus de douleurs, plus de difficulté pour l'élimination des selles, qui avaient repris un volume normal. La guérison s'est maintenue depuis.

Il n'y avait pas, dans ce cas, ulcération fissurale; l'exploration du rectum à ciel ouvert a été faite, mais l'insuccès des moyens locaux et le triomphe du bromure me paraissent bien susceptibles de faire attribuer à la contracture le rôle primitif dans la production des phénomènes.

BIBLIOTHÈQUE

ÉLÉMENTS DE CHIRURGIE CLINIQUE, comprenant le diagnostic chirurgical, les opérations en général, les méthodes opératoires, l'hygiène, le traitement des blessés et des opérés, par Félix Guyon, chirurgien de l'hôpital Necker, professeur agrégé, etc. Paris, 1873. J.-B. Baillière et fils, libraires.

En lisant le titre du nouvel ouvrage de M. F. Guyon, on peut se méprendre tout d'abord sur son but et sur son caractère. Le plan suivi par l'auteur n'apparaît pas immédiatement, et on croirait volontiers à une série de monographies publiées ensemble sans qu'un lien les unisse, sans qu'un ordre nécessaire préside à leur distribution. Il n'en est rien cependant. Il suffit de jeter les yeux sur la préface, pour voir que M. Guyon s'est inspiré, au contraire, d'une méthode scientifique bien déterminée et qu'une idée générale a constamment guidé sa plume.

Trop souvent l'élève, au début de sa carrière, livré à lui-même et privé de tout conseil, ne sachant ni faire un bon usage de ses livres, ni suivre avec fruit un service d'hôpital, dont le chef n'a ni le temps ni la volonté de guider ses premiers pas, éprouve un trouble véritable et laisse se perdre un temps précieux, faute d'une méthode qui lui montre le but à atteindre et lui rende l'observation moins ardue. Si nous avons bien compris sa pensée, M. Guyon a voulu combler cette lacune et donner à l'étudiant ce conseil qui lui manque, sous la forme d'un livre écrit dans un esprit absolument pratique, et contenant, sous une forme concise et logiquement groupés, tous les éléments de son éducation clinique.

Les 660 pages que l'ouvrage comprend sont, pour ainsi dire, le commentaire d'une visite d'hôpital, l'analyse raisonnée des divers temps dont elle se compose. Les difficultés pratiques que l'élève rencontre à chaque pas dans l'examen et le traitement des malades, sont prévues et expliquées avec détail. Toutes les descriptions de méthodes, de procédés, d'appareils, ont un but commun, « réunir ce qui est nécessaire à l'élève pour le guider à l'hôpital, lui permettre de suivre les visites avec l'intelligence des choses qu'il y voit mettre en pratique, et de profiter le mieux possible de ce qu'il est appelé à y faire. » Ce livre est donc bien, comme le dit l'auteur, « une sorte de *vade-mecum* pour les élèves des services de chirurgie. » La courte analyse qui va suivre donnera, nous l'espérons, une idée des matières qu'il contient, et de l'ordre qui a présidé à leur rédaction.

I. Après une introduction historique, due à la plume de M. le docteur Hénocque, l'auteur, entrant en matière, pose les principes et le but du diagnostic. C'est là, en effet, le premier problème qui s'offre au commençant lorsqu'il entre à l'hôpital : apprendre à examiner les ma-

lades, à les interroger, à se reconnaître au milieu de la variété presque infinie de lésions qui s'offre à ses regards. Aussi ce premier chapitre contient-il le *diagnostic chirurgical*, les *méthodes à suivre pour l'examen des malades*, les *moyens d'exploration qui sont les auxiliaires du diagnostic*. Celui-ci doit être avant tout *anatomique* ; mais l'importance du diagnostic *étiologique* n'est pas contestable. Le chirurgien doit être apte à résoudre une foule de problèmes d'ordre médical; les moyens d'exploration qui servent au médecin doivent lui être familiers ; il y aurait erreur grave à méconnaître l'alliance intime qui unit la médecine et la chirurgie. Ces préliminaires posés, l'auteur passe en revue successivement l'interrogatoire du malade, l'examen des circonstances antérieures, celui de l'état actuel. Il étudie les signes anatomiques, tirés de la forme, du volume, de la consistance, etc., des parties affectées; il établit la valeur des signes fonctionnels, et entre avec détails dans l'étude particulière de quelques symptômes, tels que : écoulement sanguin, fluctuation, œdème, etc.

Le paragraphe consacré aux *moyens d'exploration* dont dispose aujourd'hui l'art chirurgical pour étendre l'action des sens, est naturellement fort développé. Rien n'est oublié dans cet arsenal compliqué, dont la richesse déconcerte quelque peu les commençants ; tout est présenté avec ordre et clarté. L'exploration de l'urèthre, celle de la vessie, sont décrites avec une précision qui n'étonnera pas de la part de M. Guyon. « Nous n'hésiterons pas, dit-il avec raison, à entrer dans de minutieux détails. Le cathétérisme, opération simple, facile et inoffensive, ne conserve ces qualités qu'à la condition d'être pratiqué avec le plus grand soin. » Nous avons remarqué, entre autres points spéciaux, l'emploi des explorateurs de l'urèthre à olives perforées, pour calculer avec exactitude le moment où le col de la vessie est franchi, et déterminer à quelle profondeur il est nécessaire d'introduire les instruments pour l'atteindre.

M. Guyon nous permettra-t-il maintenant de lui demander si la description du cyrtomètre devait l'arrêter, quand nous croyons savoir que l'usage de cet instrument est complétement abandonné par son auteur lui-même? Et après avoir écrit : « La mensuration des membres peut donner des résultats absolument illusoires si elle est mal faite, et rien n'est plus facile que de tomber dans l'erreur, » n'aurait-il pas pu dire aussi que l'usage du ruban métrique, pour mesurer les membres, n'ajoute pas grand'chose à la vue simple? Rien ne nous paraît plus juste que d'avoir dit peu de mots du sphygmographe, dont l'emploi nous semble bien restreint en chirurgie. Mais en est-il de même pour le thermomètre et le microscope? Sans doute, M. Guyon ne pouvait consacrer de longs chapitres à la thermométrie et à la technique microscopique; tel n'était pas son but. Nous dirions même qu'il lui suffisait de signaler ces moyens d'analyse, car les quelques mots de description qu'il en donne ne peuvent remplacer les manuels spéciaux. Mais après les avoir signalés, M. Guyon nous eût vivement intéressés en nous montrant leur valeur, en appréciant leur degré d'utilité, et en nous donnant sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, les conseils de son expérience. Écrire, à propos des investigations microscopiques, un chapitre de généralités, n'eût pas été contraire à l'esprit essentiellement pratique de l'ouvrage; c'était donner aux élèves une leçon de chirurgie moderne.

Notons encore, dans ce premier chapitre, les deux derniers paragraphes. L'un indique la méthode à suivre pour établir le diagnostic, l'ordre dans lequel il convient de procéder à la recherche des signes; c'est une sorte de synthèse des pages précédentes; on y trouve l'étude d'un des plus difficiles problèmes de la chirurgie, l'examen des tumeurs. L'autre signale les principales causes des incertitudes et des erreurs dans le diagnostic, tenant à l'inexactitude des renseignements, à l'absence des symptômes caractéristiques, à certaines dispositions normales ou accidentelles de la région où siége le mal, etc.

II. La seconde partie comprend l'*anesthésie chirurgicale*, les *règles* et les *principes généraux des opérations*, les *méthodes opératoires*, les *opérations usuelles* et la *petite chirurgie*.

Jusqu'ici l'élève a cherché à découvrir la nature et la cause de la lésion qu'il a sous les yeux. C'était, pour ainsi dire, le premier acte de la visite hospitalière. Mais, le diagnostic posé, la chirurgie doit intervenir. L'élève n'est plus seulement observateur, il doit prêter son concours au chef de service, et jouer un rôle actif dans l'opération. L'anesthésie, qui réclame de la part des aides beaucoup de soin et une véritable expérience, fait l'objet d'une longue étude placée, à bon droit, en tête de ce chapitre. On voit que l'auteur, suivant toujours le plan qu'il s'est tracé, ne cesse de conduire l'élève par la main, en lui expliquant son rôle et lui montrant sa part de responsabilité.

Lorsqu'une opération est décidée, souvent l'aide y prend part sans en comprendre la valeur. Pourquoi l'abstention n'a-t-elle pas prévalu ? Pourquoi telle méthode est-elle préférée ? Souvent ces questions ne sont pas même soulevées ; et cependant le meilleur professeur de clinique est celui qui sait exposer aux élèves les motifs qui le déterminent, et les faire assister, pour ainsi dire, au travail de son esprit. M. Guyon leur fournit les moyens de suppléer au

silence du maître, et de suivre sa pratique autrement qu'en aveugles, dans un excellent chapitre sur les *principes généraux des opérations*, où sont longuement traitées les indications et contre-indications opératoires. Puis viennent les *règles des opérations*, dont la connaissance exacte permet aux aides de remplir leurs fonctions avec plus d'intérêt et plus d'intelligence. Ici, M. Guyon fait une distinction fondamentale entre les opérations sur le cadavre et les opérations sur le vivant. « Non-seulement, dit-il, celles-là ne sont qu'une image bien affaiblie des secondes, mais les procédés enseignés à l'amphithéâtre ne sont pas, tant s'en faut, toujours applicables sur le vivant. » Nous serions tenté de renverser les termes de la première proposition, et de dire : les opérations sur le vivant sont le plus souvent une image affaiblie de celles qu'on pratique à l'amphithéâtre. Dans ce dernier cas, en effet, toutes les règles ont, pour ainsi dire, une égale importance ; ce n'est pas seulement un *résultat* qu'on nous demande, chaque temps de l'opération doit être *réussi*, chaque coup de bistouri doit entamer les tissus d'une quantité déterminée, et l'opérateur n'a pas le droit de revenir sur ses pas. Les difficultés que suscite l'écoulement sanguin ne peuvent être mises en parallèle avec celles qui se présentent en foule au candidat sous les yeux d'un jury. Les procédés d'amphithéâtre, dites-vous, ne sont pas toujours applicables sur le vivant ; c'est autant de gagné pour le praticien, qui peut négliger bien des règles *purement artistiques*. Nous en prenons à témoin la pratique de tous nos maîtres..... et nous prions l'auteur de nous pardonner ces réflexions, que les concours nous inspirent. « Mais, à tout prendre, ces différences rendent plus nécessaire encore la connaissance des règles générales qui s'appliquent à toute opération, et justifient la nécessité des exercices cadavériques longtemps répétés. » Ici, nous sommes absolument de l'avis de M. Guyon, et nous croyons qu'il faut tout savoir, pour juger ce qu'on a le droit d'oublier.

M. Guyon classe les *méthodes opératoires* sous les chefs suivants : méthodes modificatrices, méthodes de destruction (diérèse, exérèse), méthodes réparatrices (synthèse, prothèse), méthodes conservatrices. Après les avoir successivement décrites, sans oublier les plus modernes, telles que la galvanocaustique, l'électrolyse, la greffe épidermique, il consacre un long paragraphe aux *opérations usuelles* et à la *petite chirurgie*. La trachéotomie, la thoracentèse, l'empyème, la cathétérisme évacuateur, etc., y trouvent place à côté des opérations plus élémentaires. Ici, l'auteur nous paraît presque trop complet. Pourquoi décrire si longuement la saignée de la jugulaire, après l'avoir proscrite, et l'artériotomie, après avoir dit qu'elle est inusitée? Au lieu de s'arrêter avec complaisance sur la sonde de Belloc et la manière de s'en servir, n'aurait-il pas mieux valu recommander aux élèves de ne jamais la regarder? M. Guyon en fait-il bien souvent usage?

III. Le troisième chapitre est assurément le plus remarquable. Les tendances actuelles de la chirurgie dans le traitement des blessés et des opérés y sont parfaitement mises en lumière. L'auteur passe en revue l'*hygiène hospitalière*, le *régime des opérés*, leur *traitement médical*. Il fait une étude complète et synthétique des nombreuses méthodes de pansement mises en œuvre par la chirurgie moderne. Il donne place, à la fin de l'ouvrage, aux *bandages* et aux *appareils*.

Nous regrettons que l'espace nous manque pour donner une idée complète de la division adoptée par l'auteur en pansements *préventifs, préservateurs, modificateurs, protecteurs*. Il faudrait analyser chaque paragraphe en détail, pour montrer que l'élève y trouvera tous les éléments d'une pratique raisonnée, intelligente, efficace. Nous nous bornerons à signaler quelques-uns des passages qui nous ont le plus frappé.

Le pansement préventif par excellence, la *réunion immédiate*, y est décrit avec tout le soin que le sujet comporte. L'auteur s'attache à nous rendre un compte exact de ses avantages et de ses inconvénients, et analyse les conditions nécessaires pour l'obtenir, les causes qui, trop souvent, la rendent incertaine. Le *pansement à l'alcool* est étudié dans tous ses détails, et considéré comme un des moyens propres à s'opposer à la *décomposition des liquides* et au *pouvoir absorbant de la plaie*. Dans une étude de physiologie pathologique très-bien faite, M. Guyon établit que l'alcool pur détermine, au début de son action, une coagulation du sérum, et la formation immédiate, à la surface de la plaie, d'une couche glutineuse, *isolante* et *unifiante*. Un des principaux caractères des plaies pansées à l'alcool, c'est leur *uniformité*. Le travail de réparation est analogue à celui des plaies qui guérissent sous les croûtes ; le pansement à l'alcool produit une véritable *occlusion en surface*. L'enduit est chassé peu à peu par la suppuration, et l'on aperçoit alors des bourgeons charnus de petites dimensions, serrés, peu saillants, d'une couleur rose pâle, un peu grisâtre. L'alcool agit aussi comme un topique antiphlogistique, et prévient l'inflammation des bords de la plaie. Ses propriétés préservatrices trouvent dans les premiers temps leur utilisation la plus directe et la plus précieuse. Mais plus tard, lorsque les dangers de la première période sont à peu près écartés, il faut recourir à un topique qui donne plus d'activité au travail de réparation. Pour hâter la cicatrisation,

qu'on attendrait fort longtemps en n'employant que l'alcool pur, il suffit de l'étendre d'eau. En résumé, l'alcool n'agit pas seulement par ses propriétés désinfectantes, il est utile à la fois comme *antiputride*, comme *coagulant*, comme *antiphlogistique*.

Des développements analogues sont donnés, à juste titre, au *pansement ouaté*. L'auteur insiste sur la nécessité absolue de ne l'appliquer que suivant des règles précises, et notamment d'employer une quantité d'ouate énorme et une longueur de bandes exagérée. Autrement, c'est un pansement plus nuisible qu'utile. Mais pourquoi M. Guyon, d'accord avec M. A. Guérin, considère-t-il le pansement ouaté comme un « moyen propre à assurer la filtration et la purification de l'air? » Ses avantages, dit l'auteur, sont multiples : filtration de l'air, compression élastique, température uniforme, rareté du pansement. Mais est-il probable que cette compression énorme, exercée volontairement sur une pareille quantité d'ouate, à l'aide de 60 ou 80 mètres de bandes, puisse assurer la filtration de l'air? N'est-ce pas plutôt un pansement par occlusion, supérieur aux autres pansements de ce genre, et par les avantages signalés plus haut, et parce qu'il réalise mieux que tout autre « les conditions offertes par la méthode sous-cutanée »?

Après avoir noté le paragraphe consacré à l'*application de l'eau froide* et à l'*irrigation continue*, nous bornerons là cette analyse, nécessairement incomplète, et qui n'a d'autre but que de signaler aux étudiants un livre fait pour eux et qui leur sera utile, car il remplacera beaucoup de traités élémentaires, diffus sur certains points, arriérés sur d'autres, et donnera aux élèves, sur les ressources du diagnostic, sur la pratique des opérations et sur le traitement chirurgical, les notions les plus propres à dissiper leurs incertitudes, à seconder leurs efforts, à féconder leur travail quotidien.

L.-Gustave RICHELOT,
Aide d'anatomie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Nous avons parlé dans notre dernier *Bulletin*, très-sommairement, de la constitution physique du soleil. Quelque théorie qu'on adopte, il semblerait que cet astre, recteur de notre système, ne dût présenter que des phénomènes invariables. Il n'en est rien, s'il faut en croire les dernières observations du P. Secchi. Le soleil offre une surface constamment mobile, continuellement changeante, et on ne le voit jamais un jour comme on l'avait vu la veille, comme on le reverra le lendemain. Pendant les quatre mois qui viennent de s'écouler, l'Observatoire romain a pu constater, selon le P. Secchi, une relation assez curieuse entre les taches et les protubérances durant les périodes d'activité. Après le maximum du premier semestre, la diminution dans le nombre et dans la grandeur a été presque continue. Le mois de mai dernier a donné un minimum absolu. Le soleil a paru plusieurs jours sans taches, et les protubérances, sans être nulles, se sont réduites à un nombre très-limité, cinq ou six au plus. Elles offraient un caractère singulier, consistant dans l'absence de structure filamenteuse; elles présentaient l'aspect de masses laineuses... L'activité paraît renaître, ajoute le P. Secchi, et l'on voit, en ce moment, de belles éruptions et des taches sur les bords. N'y a-t-il pas là de quoi déconcerter les plus intrépides constructeurs d'univers? Cette masse énorme de gaz et de métaux, isolée dans l'espace, sur laquelle les influences extérieures sont insignifiantes, et qui vibre depuis un temps que l'homme ne saurait mesurer, ne nous paraît même pas extraordinaire. C'est la seule idée qu'il en pourrait être autrement qui nous trouble et nous épouvante. Que cet ardent foyer se ralentisse, et les ténèbres envahissent la partie de l'illimité où nous sommes, le mouvement s'arrête sur les mondes enchaînés au soleil, et toute vie disparaît. Mais, qui pourrait le ralentir? Et qui peut maintenant le faire changer?

MM. F. Jollyet et T. Blanche ont entrepris de nouvelles recherches expérimentales sur l'action du gaz protoxyde d'azote. Ils se sont demandé d'abord si ce gaz, qui contient une proportion d'oxygène plus grande que celle de l'atmosphère, était respirable; et ils ont vu que les graines ne germent pas dans le gaz protoxyde d'azote pur, pas plus que les animaux n'y vivent. Les oiseaux y meurent en trente secondes; les lapins et les chiens en trois à quatre minutes et demie. A la mort, le sang est noir dans les vaisseaux; l'autopsie permet de constater les signes ordinaires de l'asphyxie par respiration de gaz inertes (azote, hydrogène).

Dans une seconde série d'expériences, on a recherché si le protoxyde d'azote possède réellement les propriétés anesthésiques qu'on lui attribue, et qui le font employer dans certaines opérations chirurgicales et spécialement pour l'extraction des dents.

Dans ce but, on a fait des mélanges de protoxyde d'azote et d'oxygène plus ou moins riche,

de telle façon que ces mélanges contenaient 18 à 21 d'oxygène et 60 à 80 pour 100 de protoxyde.

Des moineaux placés sous des cloches, dans des atmosphères semblables, se comportaient comme ceux qu'on avait placés comparativement dans des cloches renfermant de l'air ordinaire, et mouraient à peu près dans les mêmes temps, après avoir formé autant d'acide carbonique et épuisé également l'oxygène.

On a fait respirer à des chiens des mélanges de protoxyde d'azote et d'oxygène, dans les proportions de l'air, pendant 20 à 30 minutes, sans avoir pu constater, à aucun moment, un affaiblissement appréciable de la sensibilité : le nerf sciatique, excité par un faible courant, a toujours produit des signes d'une vive douleur.

Chez les animaux respirant le protoxyde pur, on a constaté, en excitant le nerf sciatique à divers moments, que la sensibilité disparaissait chez l'animal entre la troisième et la quatrième minute, c'est-à-dire à un moment où l'animal offrait tous les signes de l'asphyxie.

Ces expériences suffiraient déjà à montrer que le gaz protoxyde d'azote n'est pas un agent anesthésique véritable, et qu'il ne produit l'insensibilité qu'en amenant l'asphyxie. L'extraction des gaz du sang par la pompe à mercure, et leur analyse à l'eudiomètre, mettent ce fait hors de doute. Lorsqu'on cherche, en effet, par des analyses des gaz du sang, la quantité de protoxyde d'azote qui existe dans le sang artériel de chiens respirant des atmosphères artificielles de protoxyde et d'oxygène, dans les proportions de l'air atmosphérique, depuis 20 à 30 minutes, on trouve qu'il a dissous environ 30 à 35 centimètres cubes pour 100 de protoxyde d'azote. D'un autre côté, les animaux qui meurent en respirant le protoxyde d'azote pur ont, à la mort, de 30 à 38 pour 100 de protoxyde d'azote, c'est-à-dire à peu près la même quantité que plus haut. Mais, tandis que les premiers ont dans leur sang 18 à 20 d'oxygène pour 100, les seconds, au moment où l'anesthésie a lieu, n'ont plus que 2 à 3 pour 100 d'oxygène dans le sang artériel. Or, l'expérience a montré que l'insensibilité a lieu chez les chiens lorsque précisément il n'y a plus que 2 à 3 pour 100 d'oxygène dans le sang (P. Bert).

Les auteurs se croient donc en droit de conclure que le gaz protoxyde d'azote, impropre à la respiration des plantes et des animaux, ne produit l'anesthésie que par asphyxie. — M. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance supplémentaire du 17 juillet 1873. — Présidence de M. Depaul.

Aussitôt la lecture du procès-verbal, M. Poggiale a la parole pour continuer son discours. Sur la question de la subordination, il s'étonne que les médecins militaires, qui réclament depuis si longtemps contre l'autorité de l'intendance, veuillent imposer aujourd'hui la leur à leurs collègues de la pharmacie. Ils sont exposés aux mêmes dangers qu'eux, quoi qu'on en ait dit, dans les épidémies et au feu de l'ennemi, et les dernières batailles autour de Metz ont montré qu'ils sont faits prisonniers comme eux. (Des marques d'improbation se manifestent dans les tribunes; l'orateur demande au Président de les réprimer.)

M. Poggiale, pour justifier l'étonnement qu'il a paru provoquer en disant que l'ordre actuel des pharmaciens est indispensable, exhibe huit bons ou prescriptions médicales dont l'exécution aurait entraîné la mort des malades.

Une motion d'ordre est faite par M. Béhier tendant à ce que ces questions personnelles soient mises de côté. De part et d'autre, on pourrait invoquer des preuves semblables. S'il y a des médecins insuffisants ou inexpérimentés pour prescrire, il se rencontre aussi des pharmaciens incapables de bien exécuter. Ce sont là des exceptions desquelles il ne faut pas tirer des conclusions générales.

M. Poggiale soutient que la subordination serait une source de luttes, d'humiliations et de dangers. La tyrannie des médecins, juges dans leur propre cause, serait immanquable. Deux états officiels, montrant les quantités énormes de substances toxiques qui sont confiées à la garde et aux soins des pharmaciens militaires, attestent la nécessité de leur indépendance et de leur capacité pour qu'ils en soient les gardiens tutélaires. 1,500 prescriptions journalières à Paris, 2,000 à Versailles, devant être exécutées avant dix heures du matin, justifient aussi leur utilité. Avec la subordination, on n'aura plus le personnel instruit et soigneux qui permet aujourd'hui à 157 membres de suffire à tout.

Les médecins n'ont pas besoin du commandement administratif qu'on veut leur conférer. Le défaut de responsabilité que les projets leur ménagent pour l'imposer en entier à leurs subordonnés, même pécuniairement, est une anomalie étrange. Sous le régime prussien, le médecin en chef est responsable. L'initiative sans responsabilité ne saurait être plus efficace que la responsabilité sans initiative. Pourquoi les deux services ne resteraient-ils pas autonomes, sous l'action du commandement, comme ils le sont aujourd'hui sous l'intendance? En détrui-

sant cet état de choses, le service sanitaire ne sera pas plus autonome, car les états-majors remplaceront infailliblement l'intendance qu'ils cherchent depuis longtemps à supplanter à leur profit. C'est ce que prouvent déjà les projets en discussion.

M. Poggiale montre que, d'après les règlements hospitaliers, les officiers de santé ont tout pouvoir sur le personnel de leur service, sans recourir à l'intendance, contrairement aux assertions du rapporteur.

M. Boudet, ému de la dégradation que l'on veut faire subir à ses collègues de l'armée, entreprend leur défense en montrant leurs mérites. Le projet de leur subordination aux médecins serait une injustice, car, entrés dans leur carrière sous l'empire de lois leur assurant une position autonome et des fonctions égales à celles des médecins, ils se verraient frustrés de toutes ces promesses par une loi rétroactive. Toutes les protestations de bienveillance des médecins militaires, membres de la commission, envers eux, manquent donc de franchise.

Discutant la valeur de l'organisation du service sanitaire des armées étrangères, il montre que dans l'armée prussienne, en particulier, c'est à des aides de lazareth, espèce d'infirmiers, que sont confiées la préparation et l'administration des médicaments. Il supplie l'Académie de ne pas s'engager dans la voie fâcheuse où on l'entraîne en votant la subordination.

M. Fauvel, qui avait demandé à faire des observations au commencement de la séance, insiste en vain pour les présenter.

M. Broca, rapporteur, prend la parole, quoiqu'il ne trouve guère d'arguments à contredire. Le précédents orateurs ont à peine visé le rapport. L'accusation d'avoir emprunté le système d'autonomie du service sanitaire à la Prusse est injuste, car celle-ci l'avait emprunté à l'Angleterre et aux États-Unis, et les documents officiels montrent que l'Autriche, la Belgique, l'Italie, s'en sont emparées depuis. L'autonomie est partout, excepté en France, où l'intendance n'a résisté que par l'alliance des pharmaciens. Dire que les médecins ne seront jamais des administrateurs, c'est affirmer une chose que l'on ignore, et il n'y a pas lieu de redouter que les états-majors remplacent l'intendance dans le nouvel ordre de choses. Ni les uns ni les autres n'y perdraient, dit-il par erreur, car les pharmaciens seraient tout au moins dépossédés de leur autonomie et des prérogatives qui y sont attachées.

M. Larrey rétablit, en quelques mots, la différence des services et des campagnes des médecins et des pharmaciens, sans présenter d'argument nouveau. Il croit l'Académie suffisamment édifiée et demande la clôture de la discussion.

Plusieurs membres appuient cette motion, et, sur la réclamation de MM. Fauvel et Poggiale, une motion formelle de clôture est faite par MM. Larrey et Béhier. Mais M. Fauvel se lève pour parler contre cette clôture. Son but était de montrer que l'Académie n'est pas consultée sur l'autonomie à donner au corps de santé; que l'utilité de cette autonomie n'a d'ailleurs pas été démontrée, et qu'il espère convaincre l'Académie qu'il n'y a pas urgence de voter si rapidement. Il demande l'ajournement.

La clôture est mise aux voix, et une notable majorité s'élève contre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Traitement révulsif dans la phthisie. — Jaccoud.

Dans la phthisie aiguë, le docteur Jaccoud poursuit les désordres pulmonaires au moyen de l'application de larges vésicatoires volants, qu'il renouvelle sans interruption. Seulement, il remplace le pansement avec papier brouillard et cérat, par un morceau de diachylon, qui déborde d'un bon travers de doigt, en tous sens, la surface de vésication. On enlève l'emplâtre protecteur au bout de quatre jours, et on trouve la cicatrisation achevée. — Dans le cas de processus phthisiogène chronique, on applique, sous la clavicule, des cautères à la pâte de Vienne, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes au maximum, et on les renouvelle tant qu'ils agissent utilement. — N. G.

COURRIER

Ceux de nos lecteurs qui, ne collectionnant pas l'UNION MÉDICALE, posséderaient des numéros de janvier 1873 qui ne leur seraient pas utiles, sont instamment priés de nous les adresser. Il leur sera tenu compte, s'ils le désirent, de la valeur de ces numéros.

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République, rendu le 15 juillet 1873,

sur la proposition du vice-amiral ministre de la marine et des colonies, ont été promu et nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, les médecins de la marine dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. Lacroix (Auguste-Armand), médecin principal de la marine ; 25 ans de services, dont 16 à la mer ou aux colonies : chevalier du 13 août 1864.

Au grade de chevalier : MM. Foucaut (Alfred), médecin de 1re classe de la marine, 19 ans de services, dont 6 à la mer ou aux colonies. — Chaze (Ernest-Jean-Baptiste), pharmacien de 1re classe de la marine ; 22 ans de services, dont 11 à la mer ou aux colonies. — Forné (Fortuné-Jacques-Michel), médecin de 1re classe de la marine ; 18 ans de services, dont 10 à la mer ou aux colonies. — Audouit (Paul-Edmond-Volcy), médecin de 1re classe de la marine ; 18 ans de services, dont 13 à la mer ou aux colonies. — Quétand (Alfred-Antoine-Ernest), médecin de 1re classe de la marine ; 15 ans de services, dont 11 à la mer ou aux colonies.

LA QUESTION DE LA VACCINE EN ALLEMAGNE. — Le Collége médical de Saxe a tenu récemment une assemblée générale extraordinaire, à laquelle ont pris part les délégués choisis par les médecins du pays. L'objet fondamental de la délibération était la question de la vaccine. Cette réunion avait été provoquée par la présentation au landstag d'un projet de loi rendant la vaccination obligatoire, ainsi que par une résolution du Conseil fédéral, résolution provoquée par le reichstag, et invitant le ministre de l'intérieur à consulter ledit Collége médical pour avoir, dans le plus bref délai possible, son avis motivé sur la question de la vaccine.

Nous empruntons au rapport dont la lecture a ouvert la séance, quelques renseignements mêlés de statistique.

Jusqu'à présent, il n'existait pas en Saxe de règlement concluant à l'obligation de se faire vacciner. Les tableaux de recrutement et les listes scolaires accusaient donc pour la période de 1866 à 1871 une diminution dans le nombre des vaccinés, qui allait toujours en décroissant ; cette tendance à se soustraire aux effets salutaires de la vaccine était surtout sensible — chose singulière — dans les faubourgs des villes de fabriques, telles que Leipsig, Chemnitz, Stolberg ; aussi la petite vérole y a-t-elle fait, en 1872, de terribles ravages (sur les non vaccinés). Ces résultats étaient dus à la campagne tentée par les adversaires de la vaccine, qui trouvaient des alliés dans l'indolence et l'ignorance des classes peu éclairées.

La mortalité des atteints de la petite vérole est énorme en comparaison de celle des vaccinés. Les deux tiers des victimes ont été des enfants : il est mort 50 à 64 pour 100 de ces enfants de un à trois ans, non vaccinés, et atteints de la maladie. Ajoutez à cela que le danger devient plus grand pour les vaccinés, et par conséquent, la santé publique est en péril.

Dans les maisons habitées par les deux catégories, on a compté 80 pour 100 d'attaqués. Dans les habitations où l'on ne trouvait que des vaccinés, la proportion n'a été que de 10 pour 100.

Les détails fournis par le médecin en chef de l'armée allemande, pendant la dernière guerre, sont venus confirmer ce point de vue.

Suivant le dernier rapporteur, les soldats allemands vaccinés déjà et revaccinés comme recrues, ont été presque tous exempts de la maladie, quoique séjournant dans les localités et les habitations infectées et couchant dans des lits malpropres. L'armée allemande a perdu 12,253 hommes par la maladie ; c'est du moins le chiffre produit par l'orateur. Sur ce total, on ne compterait, selon lui, que 261 victimes de la petite vérole.

Sur 13,344 malades du corps saxon, il n'a été constaté que 123 cas de petite vérole et autres maladies cutanées aiguës ; et, d'après la même autorité, pas un décès par suite de petite vérole.

Chez les troupes de la Hesse, sur 498 décès par maladies, 33 ont été causés par la petite vérole ; dans le corps bavarois, 39 sur 1,261 ; chez les Wurtembergeois, sur 700 pas un seul.

Ces faits prouvent donc l'utilité de la vaccination et la nécessité de protéger les gens bien portants contre l'inertie et la déraison de parents qui ne soumettent pas leurs enfants à la vaccination. Il y a, en conséquence, une mesure à prendre dans l'intérêt de la santé publique.

La revaccination doit être considérée comme un corollaire nécessaire de l'opération de la vaccine. Sur 2,184 soldats revaccinés, le vaccin a pris dans 1,025 cas, ce qui prouve que la meilleure vaccination ne suffit pas au bout d'un certain nombre d'années.

Telles sont les conclusions du Collége médical saxon qui, d'après les journaux allemands, s'est arrêté à la résolution suivante, prise à l'unanimité : « Il n'y a pas d'objections scientifiques à opposer à une loi rendant la vaccination et la revaccination obligatoires. »

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

PATHOLOGIE

DISCUSSION SUR L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE APRÈS LA THORACENTÈSE;

Discours prononcé à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 juillet 1873,

Par le docteur HÉRARD, médecin de l'Hôtel-Dieu.

J'avais l'intention, Messieurs, de renoncer à mon tour de parole. Il me semblait que la question portée devant la Société par notre honorable collègue, M. Féréol, pouvait être considérée comme définitivement jugée, après l'argumentation si juste et si complète de MM. Dujardin-Beaumetz et Moutard-Martin, après les faits si décisifs apportés à la discussion par MM. Dumontpallier et Béhier. Mais, dans la dernière séance, vous avez entendu notre honorable collègue, M. Woillez, soutenir l'hypothèse de la perforation traumatique, et, d'un autre côté, vous avez pu voir par quelques mots prononcés par M. Féréol que notre savant collègue est loin d'abandonner sa théorie de la perforation spontanée. C'est donc un devoir pour les partisans de la congestion séro-sanguine du poumon de venir de nouveau combattre en faveur de l'opinion qu'ils estiment être la seule vraie, la seule légitime.

Et d'abord, je ne m'étonne nullement qu'en voyant un malade expectorer après la thoracentèse un liquide séreux, abondant, si peu semblable aux mucosités bronchiques ordinaires, si analogue au contraire au liquide extrait de la poitrine, l'idée soit venue qu'une perforation du poumon avait livré passage à la sérosité contenue dans la plèvre; mais ce qui m'étonne, c'est que des médecins aient persisté dans cette idée à mesure que les faits se multipliaient, en présence des difficultés de toute nature soulevées par l'hypothèse de la perforation, alors surtout qu'une interprétation plus simple et plus plausible s'offrait à l'esprit.

Je me propose de démontrer : 1° que la congestion séro-sanguine du poumon existe bien réellement, et qu'elle est l'unique cause de l'expectoration séro-albumineuse après la thoracentèse; 2° que les autres hypothèses sont inadmissibles et dénuées de fondement.

Rappelons d'abord ce fait expérimental signalé par un grand nombre de physiologistes, Longet, Claude Bernard, Robin, etc., à savoir : que les lésions du pneumogastrique sont susceptibles de déterminer une sorte d'œdème pulmonaire avec exsudation séro-albumineuse à la surface des bronches.

FEUILLETON

A TRAVERS L'ALLEMAGNE

ÉTUDES DE TOPOGRAPHIE, DE RACE, DE MŒURS ET DE CLIMAT.

III

Gastein et Ischl.

Je professe que le vrai seul est aimable, et qu'il faut y sacrifier même son amour-propre, même ses antipathies les plus justifiées. Je place ici ces réflexions à propos des eaux minérales qui vont faire le sujet de cet écrit. Avant la dernière guerre on était, en France, tout feu pour l'Allemagne. Tout ce qui s'y faisait, tout ce qui s'y disait avait un mérite qui surpassait de beaucoup celui de nos efforts, celui de nos travaux. Les eaux minérales étaient en voie d'attirer une clientèle croissante, à la suite de tout ce qui avait été savamment et pittoresquement écrit sur leur efficacité. Un seul médecin français protestait, si je m'en souviens; c'était Fontan, de Luchon, un praticien distingué, mais un singulier esprit qui n'aimait les rivalités ni contre son pays, ni surtout contre lui-même. Comme Fontan est maintenant distancé! Il est laissé en arrière de toute la longueur de la voie douloureuse où nous avons marché et d'où nous ne sommes pas sortis encore.

Voici, en effet, où en est aujourd'ui, sur cette question, l'opinion dominante. Il n'y a pas d'eau minérale allemande qui ne puisse être avantageusement remplacée par son analogue de nos établissements hydrologiques. Il n'y a pas sur le sol allemand une eau minérale d'une

Établissons encore que, dans quelques cas pathologiques, à la suite d'une perturbation nerveuse du pneumo-gastrique (dans l'asthme, par exemple), ou encore dans certaines formes de congestion, l'expectoration bronchique se présente sous l'aspect d'un liquide séreux, transparent, quelquefois jaune verdâtre, coagulable par la chaleur et l'acide nitrique. La presse médicale, la *Gazette des hôpitaux* en particulier, a recueilli un certain nombre de ces cas de bronchorrhée. M. Woillez et M. Féréol en ont cité eux-mêmes quelques-uns dans lesquels ils ont constaté de l'albumine en quantité variable. Ces faits sont importants pour la solution de la question en ce moment soumise à la Société. Ils constituent ce que j'appellerais le premier degré, la forme légère de ces congestions humides, de ces œdèmes aigus qui dans certaines circonstances prennent tout à coup des proportions considérables, insolites. Ces circonstances, nous les rencontrons à la suite de la thoracentèse, et, comme la thoracentèse, elles ne pouvaient être étudiées et connues que de nos jours. Or, que se passe-t-il avant et après la thoracentèse? Tant qu'existe l'épanchement, le poumon est refoulé vers la colonne vertébrale, réduit à un petit volume, en quelque sorte exsangue. Que l'on donne un écoulement rapide à cet épanchement, et aussitôt le poumon, si la compression n'a pas duré trop longtemps, reprend ses dimensions normales; l'air pénètre dans les vésicules bronchiques, excite la muqueuse; le sang se porte avec force vers les vaisseaux sanguins; ceux-ci, surpris par cet afflux brusque et violent, contractés d'abord, puis en état de relâchement et de demi-paralysie, laissent échapper le sang quelquefois sous forme d'une véritable hémoptysie, ainsi que Legroux et M. Moutard-Martin en ont cité des exemples; plus souvent sous forme de simple sérosité. Or, Messieurs, quoi d'étonnant que le liquide expectoré soit jaunâtre, qu'il contienne de l'albumine, et beaucoup d'albumine? Puisque c'est du sérum, il doit en avoir les caractères physiques et la composition. J'ai entendu émettre l'opinion que les cavités séreuses seules peuvent fournir de la sérosité. C'est là une erreur. Est-ce que l'application d'un vésicatoire ne produit pas le soulèvement de l'épiderme par un liquide séro-albumineux, jaunâtre, dont le point de départ est l'irritation du derme?

Quant à la quantité d'albumine que contient cette sérosité, elle peut et doit varier suivant l'origine du liquide séreux et les circonstances qui amènent sa transsudation. Sous ce point de vue, les analyses ultérieures devront être faites avec soin et pourront fournir des résultats importants. Jusqu'ici, le petit nombre de celles qui ont été publiées ne sont pas favorables à l'idée de la perforation. Chez un ma-

---

originalité telle, qu'on n'en trouve pas de semblable et même de supérieure sur le sol français. Il y a de trop dans ce blâme ce qu'il y avait autrefois d'excessif dans l'éloge; la vérité est dans le milieu. D'ailleurs, il ne s'agit pas ici d'une œuvre de main humaine. C'est à la Providence que nous devons, quel que soit le pays, le trésor inépuisable de ces eaux qui sont une si merveilleuse ressource pour la médecine. Or, pour elle, il n'y a ni frontières, ni querelles politiques; dans la dispensation de ses dons, sa main passe par dessus les divisions territoriales et son œil ne regarde ni à nos haines de races, ni à nos sanglants combats. A mes yeux, et dans mon humble avis, ce qui fait le défaut et l'infériorité vis-à-vis de nous, des eaux minérales allemandes, ce sont les Allemands. Cela dit, j'entre en matière.

1° Gastein.

J'ai là sous mes yeux une carte manuscrite du Salzbourg, qui porte à un de ses angles ce qui suit : *Carte du Salzbourg au Sœmmering* (le Sœmmering est un embranchement de montagnes qui sépare la basse Autriche de la Styrie), *dressée par le docteur Cardona, médecin de Charles V d'Espagne, et donnée au docteur Carrière, médecin de Monseigneur le comte de Chambord.* Cette carte, qui m'est précieuse à plus d'un titre, donne l'itinéraire de Salzbourg à Gastein. Il n'y a pas loin de l'un à l'autre. On passe par les salines d'Hallein et on monte vers le sud-est, dans la direction de la région des Alpes, c'est-à-dire qu'on va de pittoresque en pittoresque, depuis la capitale de la province jusqu'aux montagnes de gneiss et de granit, d'où sourdent les eaux limpides et chaudes de Gastein. Je ne parlerai pas de la beauté des sites et je n'entreprendrai pas les descriptions qui pourraient s'y rattacher; j'ai trop à dire sous le rapport spécialement médical, et je n'ai garde d'oublier un moment que la place d'honneur appartient ici à la médecine.

lade de la clinique de M. Gintrac, cité par M. le docteur Lande dans son intéressant mémoire (*Gazette médicale de Bordeaux*, juin 1873), le liquide expectoré contenait une quantité d'albumine double de celle qui existait dans le liquide extrait de la plèvre par la thoracentèse. Le malade dont nous a entretenus M. Dujardin-Beaumetz offrait des différences beaucoup plus considérables, mais en sens inverse (1 gramme d'albumine dans le liquide expectoré, 66 grammes dans le liquide de la plèvre). N'est-il pas évident que si le liquide expectoré provenait de l'intérieur de la cavité thoracique, les deux liquides devraient présenter l'identité de composition?

La congestion séro-sanguine du poumon n'est pas seulement un phénomène logique et qui s'explique par l'état de l'organe après la thoracentèse; cette congestion est démontrée pendant la vie par les nombreux râles sous-crépitants et crépitants perçus après l'opération chez un grand nombre de malades dans toute la hauteur du poumon; j'ajoute qu'elle a été constatée après la mort. Dans une observation de M. Gombault recueillie par M. Terrillon, le poumon présentait un œdème sanguinolent dans ses deux tiers inférieurs. — Dans une autre observation de M. Dumontpallier, les deux poumons étaient volumineux et comme œdémateux; à la coupe, il s'écoulait une sérosité roussâtre très-abondante. — Le fait le plus remarquable est celui qui a été récemment observé par M. Béhier, et qui est relatif à un malade de la Clinique, mort quelques heures après la thoracentèse d'un œdème pulmonaire développé subitement. Dans ces deux derniers cas, l'expectoration n'avait pu s'établir; les malades avaient succombé asphyxiés par la sérosité spumeuse qui remplissait tout l'arbre aérien; le poumon du côté opposé, étant lui-même atteint de lésions, n'avait pu fournir un courant d'air suffisant pour entraîner au dehors les mucosités bronchiques; de là le précepte important de ne pas évacuer en une fois tout le liquide des grands épanchements pleuraux, surtout si le poumon du côté opposé n'est pas complétement sain.

De ce qui précède, je conclus que la congestion séro-sanguine du poumon après la thoracentèse est un fait qui ne saurait être contesté. Cette congestion est rationnelle; elle s'appuie sur l'expérimentation; elle est démontrée par la clinique et par l'examen nécroscopique. Elle seule donne la raison de particularités incompréhensibles dans les autres théories; elle nous explique pourquoi l'expectoration séro-albumineuse se rencontre surtout dans les grands épanchements; pourquoi elle peut n'apparaître que plusieurs heures après l'opération; pourquoi elle diminue, et cesse quand la poitrine se remplit de nouveau, etc.

Gastein est un climat de montagnes. A ce titre, l'hiver y est long et froid, l'été court et chaud; mais l'air y est excellent, c'est-à-dire vif, même pendant les matinées et les soirées des jours de plus haute température, et pur, ce qui convient parfaitement aux clients ordinaires de la station. Les observations ozonométriques donnent sur les qualités principales de l'atmosphère des résultats remarquables que ne manquent pas de rapporter, dès les premières lignes, les médecins qui ont écrit sur Gastein, lesquels ne sont pas peu nombreux. Ainsi, tandis qu'à Vienne l'ozomètre marque de 2 à 3 degrés, il s'élève à Gastein depuis 6 jusqu'à 7 degrés. L'atmosphère peut donc être considérée comme un auxilaire puissant des eaux, comme son complément nécessaire, car je m'empresse de le dire, les eaux de cette station sont toniques, résolutives, excitantes, et cela sans qu'il y paraisse. On me pardonnera ces derniers mots, quand on apprendra que, chimiquement, les eaux de Gastein sont *indifférentes*, ce qui signifie que leur constitution chimique ne rend pas compte de leurs effets médicateurs.

Quelle est d'abord la constitution chimique de ces eaux merveilleuses, si j'en crois les Allemands? D'après une analyse de Wolf (1), sur mille parties il y aurait 3 parties, 3 millièmes de principes minéralisateurs, et, sur ces 3 millièmes, 2 environ qui sont représentés par le sulfate de soude. La richesse minérale n'est pas grande, en effet. Dans leur pauvreté apparente, ces eaux méritent d'être frappées du mot flétrissant d'*indifférentes*. Il y a quelque chose de plus, heureusement, qui mérite considération, c'est un élément qui n'est pas mis en évidence par les réactifs, mais par le thermomètre : c'est la température. Les 8 sources dont se compose l'ensemble de l'hydrologie de Gastein marquent depuis 28 degrés R. jusqu'à 38 1/2. Or, il faut admettre que la température joue un grand rôle dans la puissance thérapeutique

(1) Seegen. *Compendium der Allgemeinen, und speciellen Heilquellenlehre*, page 321.

A cette interprétation si naturelle de l'expectoration séro-albumineuse, que substituent nos honorables adversaires? L'hypothèse de la perforation pulmonaire spontanée ou traumatique. Je commencerai par examiner l'hypothèse de la perforation spontanée, plus invraisemblable encore, à mon sens, que celle de la perforation traumatique.

M. Féréol part de ce fait que les épanchements séreux de la plèvre peuvent s'ouvrir spontanément en dehors de toute intervention chirurgicale dans les bronches; et, dans sa vive et brillante imagination, il va même jusqu'à nous dépeindre comment s'opère la filtration du liquide pleural par une sorte de feutrage résultant de la nécrose des épithéliums de la plèvre et des vésicules bronchiques. Il n'y a qu'un malheur à cela, c'est que le point de départ, j'en demande pardon à M. Féréol, n'est pas exact. C'est un peu l'histoire de la dent d'or. Aucun de nos collègues n'a vu cette terminaison des épanchements séreux, et l'on voudrait que cette perforation spontanée, qui ne se produit pas quand un volumineux épanchement distend la cavité pleurale et exerce une pression continue sur le poumon lui-même, on voudrait, dis-je, que cette perforation se manifestât alors qu'il n'y a plus de liquide dans la plèvre, conséquemment plus de pression; on voudrait qu'elle s'opérât une heure et quelquefois plus après la thoracentèse; qu'elle se produisit plusieurs fois chez le même individu, comme chez un malade de M. Béhier, cessant précisément d'exister quand l'épanchement reparaît. Il y a, on en conviendra, dans ce simple énoncé, une telle série d'invraisemblances que je me permets de dire : cela n'est pas possible, cela n'est pas.

L'absence du pneumo-thorax, on l'a déjà fait remarquer, est une autre objection, également bien forte. A la rigueur, je comprendrais qu'il en fût ainsi chez les enfants et dans le cas d'une évacuation spontanée naturelle. Je comprendrais même, quoique déjà un peu plus difficilement, cette absence de pneumothorax, si la thoracentèse avait été pratiquée par le procédé de Reybard; mais je ne m'expliquerais en aucune façon, je l'avoue, si l'on a fait usage des appareils aspirateurs, que l'air ne fît pas irruption dans la cavité thoracique, produisant tous les phénomènes du pneumothorax; et ici, qu'on veuille bien le remarquer, je ne parle pas de ces petites bulles, fines et égales, que l'on remarque dans presque toutes les opérations de thoracentèse pratiquées par aspiration, bulles d'air qui paraissent bien évidemment provenir du liquide séreux dans lequel elles sont en dissolution; je parle de ces grosses bulles qui s'échappent en abondance par la canule et viennent

---

qui leur est attribuée, puisque le degré de minéralisation est le même dans toutes, et que l'activité médicatrice est en rapport avec le degré de thermalité. Si cette force, la température, ne suffit pas à rendre compte des phénomènes, il y en a une autre qu'on est en droit de soupçonner et dont quelques médecins ont constaté la présence dans les eaux, je veux parler de l'électricité. Puisqu'elle opère tant de merveilles en thérapeutique avec les instruments aptes à la dégager et à l'appliquer, que d'effets puissants elle doit produire, quand la nature elle-même tient les bobines d'induction et en dirige les courants! Il y a un beau et grand travail à faire que je me permets de proposer aux savants de l'avenir, si quelque savant qui me soit inconnu ne l'a commencé, ou, ce qui ne me paraît pas probable, ne l'a déjà mené à bonne fin. Ce travail consisterait dans l'*étude de la manière dont se comporte l'électricité dans les organismes, en passant par des milieux liquides différemment minéralisés, soit en qualité, soit en quantité.* Il suffit d'indiquer le programme sans autre développement, pour marquer l'importance et la fécondité d'une telle œuvre. Je n'exprime rien que de très-logique, en affirmant que son exécution vaudrait à la science de l'hydrologie son progrès le plus notable et thérapeutiquement le plus utile. Si elle était menée à bonne fin, les Allemands ne manqueraient pas de s'écrier qu'ils étaient en avance sur nous, et qu'un obscur savant d'une ville non moins obscure avait fait le même travail et atteint le même résultat. Il n'y aurait, de notre côté, ni à nous en étonner ni à nous en plaindre; n'est-ce pas leur habitude invétérée?

Ce n'est pas sans quelque étonnement qu'on lit dans les ouvrages spéciaux la riche nomenclature des effets produits par les thermes de Gastein. Il s'y mêle des affirmations qui semblent plus appartenir au domaine de l'imagination qu'à celui de l'observation saine et pensante. Les eaux sont toniques, fortifiantes, résolutives, excitantes; elles ont pour apanage de relever les forces, de restituer leur énergie à la sensibilité et à la motilité, à la suite des maladies chro-

remplir la cavité thoracique, comme cela est arrivé, par exemple, chez un malade de M. Moutard-Martin, atteint de pleurésie tuberculeuse. Dans ce cas, pendant l'opération, alors que le liquide était à moitié évacué, tout à coup la baudruche fut brusquement projetée en donnant passage à un flot d'air venu de la cavité thoracique. En même temps, on constata au-dessus du niveau du liquide la résonnance tympanique, le souffle et la voix amphorique qui n'existaient pas auparavant. L'autopsie démontra plus tard que cet air provenait d'une petite caverne superficielle dont les parois s'étaient rompues dans un effort de toux pendant la thoracentèse. Or, rien de semblable n'est indiqué dans les observations publiées. Une seule, celle de MM. Troisier et Vulpian, signale l'issue par la canule « d'une certaine quantité de gaz qu'on évalue à un quart de litre », mais l'épanchement gazeux est nul dans l'intérieur de la cavité thoracique ; il n'y a pas de pneumothorax.

L'hypothèse de la perforation traumatique soulève, elle aussi, de bien grandes difficultés, non pas que je croie que le poumon ne puisse être blessé dans la thoracentèse, il l'a été et il le sera probablement plus d'une fois encore ; seulement, même en supposant une blessure, je ne pense pas que le liquide de l'épanchement trouve une voie facile par ce mince trajet accidentel. Voyez ce qui s'est passé dans la curieuse observation que nous a communiquée M. Dujardin-Beaumetz : il s'agissait là évidemment d'une perforation pulmonaire, probablement de nature tuberculeuse, et cependant l'épanchement qui se forma dans la plèvre ne put être évacué à travers le canal fistuleux du poumon. Une expectoration de liquide séro-albumineux se produisit plusieurs fois après les ponctions successives, mais ce liquide ne provenait pas de l'intérieur de la cavité thoracique, tant il différait, pour les quantités d'albumine, de celui qui fut extrait de la poitrine par la thoracentèse.

J'ai admis l'hypothèse d'une perforation par l'aiguille et montré que l'évacuation de l'épanchement pleural par l'orifice pulmonaire ne serait pas chose facile ; mais cette perforation a-t-elle lieu aussi fréquemment que le suppose notre honorable collègue? Évidemment non. M. Woillez nous dit : « Maintenant que l'on emploie la thoracentèse pour les plus petits épanchements, le poumon doit être souvent blessé. » Là n'est pas la question. Il s'agit de savoir si les épanchements suivis d'expectoration séro-albumineuse étaient de petits épanchements et si le poumon a pu être lésé pendant l'opération. Eh bien, que M. Woillez interroge les faits, il verra que dans presque tous les cas la quantité du liquide contenu dans la cavité thoracique était très-abondante, qu'elle oscillait entre 2,000 grammes et 5,000 grammes.

---

niques ou des lésions des centres nerveux ; puisqu'elles font le plus, elles font le moins, car leur efficacité s'exerce sur quelques formes de goutte, le rhumatisme chronique, les tumeurs articulaires, etc. C'est fort bien, et jusqu'ici rien de plus en rapport entre les effets et les causes, quoique celles-ci, comme je l'ai déjà mentionné, aient échappé en grande partie à l'analyse. Mais, où l'illusion commence, c'est dans l'influence et même dans l'efficacité des thermes de Gastein dans les maladies du cœur et des vaisseaux, altérations valvulaires et même anévrismes ; il y a des observations relevées par plusieurs médecins, et en particulier par Härdtl et Hönigsberg, cités par le docteur Seegen (1). J'en ai moi-même relevé une qui n'est pas en accord avec le témoignage des médecins que je viens de citer. Il s'agit d'un pauvre malade qui avait été envoyé à Gastein pour une maladie du cœur, puis à Venise, où il avait été dirigé pour une phthisie tuberculeuse. Le malheureux présentait une insuffisance aortique très-avancée, avec les symptômes accessoires d'un état des plus menaçants ; il était réservé au climat de Venise, si mauvais aux altérations cardiaques, d'achever l'œuvre à laquelle les bains de Gastein avaient dû brillamment contribuer. Le malade, en effet, ne tarda pas à succomber. Ce qui précède n'est qu'une observation isolée ; je puise dans le bon sens la conviction que je ne puis tirer de la statistique. Quelque autorité que méritent les balnéographes allemands, je n'oublie pas que Gastein n'est pas loin de la patrie de Paracelse, ce qui me donne à penser qu'il est prudent de faire, dans leurs écrits, la part de l'imagination, des hypothèses, des singularités excentriques et même du calcul.

2° Ischl.

Ischl est encore plus près de Salzbourg que Gastein ; ils sont liés l'un à l'autre par une

(1) *Ouvrage cité.*

Or, dans ces conditions, le poumon est réduit à un petit volume, refoulé vers la colonne vertébrale, et on peut affirmer qu'il n'a pas été atteint par l'instrument. Comment d'ailleurs concevoir qu'il l'eût été quatre fois de suite dans l'observation de M. Béhier (obs. de Boule) alors que ce savant professeur, prévenu par une première apparition de l'expectoration séro-albumineuse, s'entourait de toutes les précautions pour empêcher un pareil accident qui, la première fois, pouvait être imputé à la lésion du poumon? Comment comprendre, en outre, si le poumon était blessé au début de l'opération, que la pénétration du liquide à travers les bronches ne s'effectuât pas immédiatement, amenant une toux incessante et une expectoration continue? Loin de là, vous le savez; le malade reste calme, ou si quelques quintes de toux surviennent, ces quintes de toux, très-habituelles dans la thoracentèse, s'apaisent quand l'évacuation est achevée; un état de soulagement et de bien-être se manifeste pendant un temps plus ou moins long, une demi-heure, une heure et plus avant le commencement de l'expectoration. Est-ce ainsi que les choses devraient se passer, si le poumon avait été touché par l'aiguille? Comment encore comprendre que l'expectoration se suspende lorsque l'épanchement pleural se reproduit? Nous l'avons déjà dit à propos de la perforation spontanée. Ne serait-ce pas le moment, au contraire, où cette expectoration devrait devenir plus abondante? Enfin, les objections tirées de l'absence de pneumothorax sont tout aussi applicables à la perforation traumatique qu'à la perforation spontanée. Je n'y reviendrai pas.

Au surplus, Messieurs, je ne sais si je me trompe, mais il me semble que M. Woillez est bien près de venir à nous, lorsqu'après avoir rejeté la perforation spontanée, il fait l'aveu que l'expectoration séro-albumineuse est due quelquefois, *très-rarement si l'on veut*, à la perforation traumatique. Je me félicite de cet heureux résultat de la discussion, et je ne doute pas que notre savant collègue, qui a fait sur la congestion pulmonaire les beaux travaux que vous connaissez, ne se convertisse tout à fait à l'opinion que je défends et qui me parait la seule acceptable, la seule légitime.

---

courte journée de marche. Sa place est moins dans la montagne que Gastein, mais elle n'est pas peu heureuse sous le double rapport du pittoresque et de la grâce. A Gastein, ce sont les terrains anciens qui dominent et les pics abrupts et inaccessibles; à Ischl, les terrains salifères compris dans le lias et le trias, et avec eux des pentes plus ménagées et des effets moins frappants. Un Allemand qui doit être un Polonais, si j'en crois son nom et la manière dont il écrit notre langue, s'exprime ainsi sur Ischl dans un livre spécialement écrit sur cette station (1) : « Que l'on se figure un bourg du plus riant aspect, avec ses jolies maisons « blanches et propres, ses élégants édifices, ses promenades ombragées, ses jardins pleins de « fleurs; un bourg ayant toute l'apparence d'une petite ville située dans une des plus ravis- « santes vallées qui se puissent voir, au confluent de deux belles rivières (la Traûn et l'Ischl) « s'y déroulant comme deux rubans céladons sur une robe de velours vert. » Il serait difficile de mettre à la description plus de poésie, et, je me permets d'ajouter, plus de bon langage.

Après m'être procuré le livre du balnéographe que je viens de citer, et y avoir lu en quoi consistait l'arsenal thérapeutique possédé par la station d'Ischl, je crus ne pouvoir mieux faire que d'aller voir l'auteur lui-même. En général, je me suffis à moi-même. J'abhorre les guides, même les plus agréables et les plus instruits. Cette fois, je crus devoir faire exception, en me voyant cité dans le même livre, à l'occasion du petit lait. J'avais écrit un livre sur les cures de petit lait et de raisin en l'année 1860, et on s'en était souvenu en Allemagne (2)! C'était plus qu'il n'en fallait pour me décider. Introduit chez le docteur Polak, qui me fit

(1) Dr Jos. Polak. *Ischl sous le rapport médical, topographique et pittoresque.* Vienne, 1863, chez Braumüller.

(2) Dr Ed. Carrière. *Les cures de petit lait et de raisin en Allemagne et en Suisse dans le traitement des maladies chroniques*, etc. Paris, Victor Masson, 1860.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE CONSÉCUTIVE A LA THORACENTÈSE;

Note présentée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 juillet 1873,

Par M. DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Messieurs,

Mon intention n'est pas d'envisager sous ses différents aspects la question de l'expectoration albumineuse qui se débat actuellement devant vous. Quelques-unes des hypothèses destinées à en interpréter le mécanisme me paraissent avoir été victorieusement réfutées par ceux de nos collègues qui en ont discuté l'origine avant moi.

Je me bornerai à vous soumettre quelques arguments spécialement destinés à combattre l'opinion d'après laquelle l'expectoration albumineuse trouverait sa source dans le liquide pleural, passant dans les bronches à la faveur de la perforation du poumon par le trocart de l'opérateur. Cette doctrine, dont M. Woillez s'est constitué le défenseur dans cette enceinte, ne me semble pas pouvoir être acceptée par la Société.

Et d'abord, je reconnaitrai volontiers, avec M. Woillez, qu'il est souvent impossible de retrouver sur le cadavre l'existence d'une piqûre du poumon, pour peu que la mort se fasse attendre quelques jours après la blessure. Je ne contesterai pas davantage la possibilité d'atteindre le poumon dans une opération. Ces deux concessions ne me coûtent nullement, car je ne crois pas qu'elles soient de nature à atténuer la portée des arguments destinés à battre en brèche la théorie de l'existence d'une perforation pulmonaire par le trocart, en rapport avec l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse.

En premier lieu, je maintiens la valeur de l'explication que j'ai donnée de la présence de gaz dans les vases qui reçoivent le liquide extrait de la plèvre à l'aide de nos appareils aspirateurs. Cette explication, qui repose sur deux faits de physique et de physiologie incontestables, à savoir l'action du vide sur les gaz maintenus en dissolution dans le sang ou dans le sérum de la plèvre par la pression intra-vasculaire ou intra-pleurale, a déjà été fournie par M. le professeur Béhier, dont je n'avais pas encore lu la leçon lorsque j'ai pris la parole dans la dernière séance. J'espère que M. Woillez la tiendra pour bonne et voudra bien l'accepter.

---

attendre, étant très-occupé, je restai en tête-à-tête avec son portrait en pied, fort beau de peinture, mais d'une expression rude et brutale qui ne me paraissait pas faite pour inspirer la sympathie. Heureusement, la peinture avait menti; je fus accueilli par le plus aimable et le plus complaisant des hommes.

J'avais hâte de voir l'établissement, non celui de bains, mais celui qui m'intéressait le plus, l'établissement pour l'*aspiration des vapeurs d'eau salée*. Je pense n'avoir rien de mieux à faire que de transcrire mes impressions et mes remarques inscrites à la date du 31 août 1866 : « J'ai vu les fameuses aspirations salines. Première chambre, ou antichambre, seconde avec « cheminée d'appel pour entretenir la vapeur qui sort du bassin d'évaporation. Petites chambrettes, où le patient est assis en face d'une bouche d'aspiration pourvue d'une embouchure. Il y a dix ans, m'a dit Polak en réponse à ma question, il y avait du chlorure de soude dans cette vapeur, maintenant il n'y en a plus et on ne sait pourquoi. Les médecins ne régissent plus les salines; on en a modifié l'organisation, et, depuis, le sel n'est plus amené. A-t-on fait des coudes trop nombreux dans les conduits? Ces conduits, ayant été renouvelés, ne sont-ils pas de même nature? Sont-ils plus conducteurs de la chaleur ou passent-ils dans un milieu plus froid? On l'ignore, bien que ce ne soit pas difficile à savoir; quant à moi, j'ai goûté à pleine langue les gouttes d'eau adhérentes aux parois des cellules, elles étaient douces comme de l'eau distillée. Je me suis approché des bouches pour y prendre tout ce qu'elles pouvaient donner, j'y ai bien ressenti quelque goût, mais ce n'était pas la saveur du chlorure sodique. Il est vrai que la vapeur ne fonctionnant pas, je n'avais « que le résidu des opérations interrompues pour le nettoyage des bassins évaporatoires. » Malgré l'absence du sel constatée par les médecins et avouée par le docteur Polak, on continue, je suppose, à attribuer les effets curateurs, s'il y en a, à l'action du chlorure sodique; voilà comme on écrit l'histoire et qu'on forme l'opinion.

La quantité d'un quart de litre de gaz mêlés à une portion du liquide visqueux de l'épanchement pour constituer de la mousse, ne présente rien que de fort ordinaire dans les thoracentèses avec aspiration et ne prouve pas le traumatisme du poumon. Or, l'observation de MM. Vulpian et Croisier ne dit pas que l'on ait évalué, autrement que par la présence de cette mousse, la quantité de gaz qui sortit de la poitrine.

Si, en faisant le vide avec une seringue aspiratrice dans une bouteille d'eau « vous ne pouvez arriver à faire crever, d'une manière apparente, des bulles d'air à la surface du liquide », cela vient de ce que le sang ou le sérum de l'épanchement qui en émane contiennent une beaucoup plus grande proportion de gaz, que lui apportent incessamment : du dehors l'appareil respiratoire, et du dedans les échanges chimiques qui se font incessamment dans la trame de nos tissus, que n'en renferme l'eau commune lorsqu'on n'y en introduit pas artificiellement.

Quant aux quelques fines bulles qui, après l'extraction normale de cinq litres de liquide, s'échappèrent avec des efforts de toux, en même temps que le liquide, dans une thoracentèse pratiquée par M. Woillez, avec le trocart armé de baudruche, je ne ferai pas remarquer que cette observation est unique; je ne dirai même pas qu'il a pu se faire à la baudruche une fissure restée inaperçue; je me contenterai de rappeler que, pendant l'extraction prolongée et un peu lente de liquide très-fibrineux, une partie de la fibrinose se coagule irrégulièrement entre les lèvres de l'orifice formé par la baudruche, peut ainsi mettre obstacle à son occlusion complète, et qu'il est possible que dans les efforts d'inspiration qui précèdent la toux, quelques bulles d'air aient été aspirées à la faveur de ce défaut d'occlusion et soient ressorties ensuite avec le liquide.

La généralisation de ce phénomène du dégagement de gaz dans les appareils capillaires aspirateurs, pendant l'évacuation de cavités closes éloignées du poumon, si elle se réalisait, serait une nouvelle confirmation de la validité de notre interprétation. Or, cette généralisation est un fait acquis. Il n'y a pas longtemps encore qu'en pratiquant la ponction d'un kyste hydatique du foie non suppuré, ne communiquant ni avec le poumon ni avec l'intestin, nous constations le dégagement et l'ascension, dans le corps de pompe à travers le liquide, de fines et nombreuses bulles de gaz, à chaque coup de piston de l'appareil aspirateur Dieulafoy (système Mathieu), dont nous faisions usage.

En second lieu, à peu d'exceptions près, lorsque le poumon est blessé, même

---

Cependant l'analyse chimique à laquelle ont été soumises les vapeurs qui s'exhalent des vastes chaudières en ébullition, et dont les eaux sont incessamment remuées par les instruments qui servent au retrait du sel, cette analyse a donné : 1° du sel commun, arraché, comme le dit le docteur Polak lui-même, mécaniquement pour ainsi dire, au liquide salin pendant l'ébullition ; 2° mais encore de l'acide muriatique, du chlore, des traces d'acide hydro-bromique et du brome (1), substances, je parle des dernières, qui constituent principalement l'odeur spéciale de la mer et même les saveurs que donne l'air marin à ceux qui s'exposent pendant quelque temps à son influence. Pendant la durée de mes longs séjours d'hiver sur les bords de la lagune vénitienne, je me suis occupé de l'état de l'air marin si souvent et même trop souvent recommandé dans la tuberculose (2). Les résultats n'ont pas été dans le sens de l'opinion commune. J'ai trouvé des traces de sel dans le voisinage de la surface des eaux ; je n'en ai pas trouvé dans les couches supérieures. Il est vrai que j'opérais sur la lagune, qui est une mer intérieure et calme, au lieu d'opérer sur les bords de l'Adriatique. Ma conclusion, qui n'excluait pas le transport du chlorure sodique par le poudroiement de l'eau sous les couches de l'air, ou, comme le dit le docteur Polak, par un arrachement mécanique, ma conclusion fut en raison des faits constatés par mes expériences. Peu d'années après, mon travail me suscita un habile et savant contradicteur. Dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine, cet auteur, dont je n'écris pas le nom de peur de mal l'écrire, son œuvre n'étant pas sous mes yeux, montre au contraire, toujours à l'aide d'expériences, que le sel

(1) *Ouvrage cité*, page 88.

(2) Dr Éd. Carrière. *Recherches expérimentales sur l'atmosphère maritime*, Union Médicale, t. XII, année 1858.

avec les plus petits trocarts de nos appareils capillaires aspirateurs, j'insiste sur ce point, le malade crache du sang. Et, ici, il ne s'agit pas seulement d'une expectoration légèrement sanguinolente accompagnant quelques quintes de toux, telle que celle dont parle M. Woillez, dont le caractère et l'origine peuvent et doivent s'expliquer par le raptus sanguin qui se produit en même temps que la toux, dans un poumon très-vascularisé, et donne lieu à la rupture de quelques capillaires, mais qui n'a pas pour signification une lésion du poumon, pas plus que n'en est l'expression la présence d'une quantité variable de sang dans les dernières parties du liquide qui sort par la canule à la fin de l'opération, et qui est due également à la rupture de vaisseaux de nouvelle formation contenus dans des néo-membranes molles unissant la plèvre viscérale et la plèvre pariétale, lesquelles se déchirent lorsque le poumon tend à recouvrer ses dimensions primitives.

Non, la lésion du poumon donne lieu à l'expulsion de crachats constitués par du sang pur, à une véritable hémoptysie. Cette hémoptysie peut être abondante, se prolonger pendant quelques heures et même jusqu'au lendemain. Elle peut être sans gravité, c'est même l'ordinaire. Quelques malades prétendent qu'elle les soulage; je n'en tiens pas moins pour mauvais ce moyen de pratiquer des émissions sanguines dans les affections pulmonaires. Dans certains cas, en effet, ce crachement de sang peut s'accompagner d'effroyables accidents, accidents qui, pour le dire en passant, sont la condamnation de quelques médecins qui parlent avec trop de légèreté de la piqûre du poumon par les appareils capillaires aspirateurs. Or, dans aucune observation d'expectoration, nous ne voyons signalées d'hémoptysies du fait de l'opération.

Enfin, notre savant collègue invoque la différence de composition, au point de vue de la quantité d'albumine qu'ils contiennent, entre le liquide expectoré par le fait d'une simple congestion pulmonaire qui en renfermerait fort peu, et le liquide beaucoup plus riche, dit-il, de cette matière protéique, que rendent quelques malades à la suite de la ponction. Il trouve, dans cette richesse qui rapproche le liquide expectoré après la thoracentèse du sérum de la plèvre, la démonstration que l'expectoration albumineuse a sa source dans le liquide pleural faisant irruption dans les bronches, à travers une perforation traumatique du poumon.

Aujourd'hui, il ne peut plus recourir à cet argument. Je n'en veux pour preuve qu'une observation publiée récemment par M. Revillout (1), où il s'agit d'un

(1) *Gazette des hôpitaux*, numéro du 5 juillet 1873.

---

marin se trouvait à des hauteurs qui me surprirent dans l'atmosphère maritime, et que l'homme qui y vit en absorbait de telles quantités qu'il devenait assez difficile d'y croire. Malgré moi je pensai, à cette lecture, à la femme de Loth si malheureusement changée en statue de sel sur les bords d'un lac qui n'en manque pas. Si vraiment l'absorption pouvait ne plus être en rapport avec la fonction des émonctoires et l'action spéciale de l'organisme sur le chlore, il faudrait bien qu'il en résultât quelque chose de singulier pour l'économie. Avec un peu d'imagination, on peut rêver l'équipage d'un vaisseau condamné à une longue croisière, revenir à son point de départ dans un état qui ne serait pas sans analogie avec celui de la femme des saints livres. Ceci soit dit sans offenser personne, et moins encore mon contradicteur dont j'honore le zèle et le talent, j'aime les analyses du bon sens à défaut du bon sens des analyses.

Je demande pardon aux lecteurs d'avoir outrepassé les règles de la parenthèse, d'abord en n'avertissant pas que je l'ouvrais, puis en la prolongeant un peu trop; désormais je serai plus prudent.

Dr Ed. CARRIÈRE.

Question de prix proposée par la Société médicale du VIe arrondissement de Paris. — « L'abandon des émissions sanguines dans les maladies inflammatoires est-il justifié par les recherches d'anatomie pathologique récentes, ou par les changements survenus dans les constitutions, ou par l'emploi des médicaments nouveaux? »

La valeur du prix est de 400 francs.

Les mémoires doivent être adressés à M. le docteur Billard, secrétaire général, rue Notre-Dame-des-Champs, 79, dans les formes habituelles.

asthmatique qui, de temps à autre, mais rarement, voyait ses accès se juger par l'expectoration d'un liquide d'une transparence parfaite, d'une limpidité et d'une fluidité qui ne le rendaient nullement semblable aux crachats filants de mucus, et dont la quantité s'éleva, dans un accès, à une cuvette et demie. Ce liquide, examiné par M. Revillout et par M. Bouchard, au laboratoire de l'hôpital de la Charité, contenait une proportion très-considérable d'albumine.

Du reste, ces faits de congestions pulmonaires avec expectorations abondantes sont très-exceptionnels ; on ne les trouve point immédiatement et pour ainsi dire à volonté, même dans un grand centre d'observations, tel que l'hôpital Lariboisière. Il n'est donc pas étonnant que, dans le petit nombre de recherches qu'il a faites en peu de jours dans cet hôpital, l'interne de M. Woillez, M. Ory, n'ait rien rencontré de comparable à l'ordre de faits qui est en discussion.

Dans une observation de la clinique médicale de Bordeaux, publiée par M. Ernest Besnier dans l'UNION MÉDICALE du 10 juillet, le liquide expectoré en petite quantité à la suite de la thoracentèse, contenait beaucoup d'albumine, et cependant il ne venait pas de la plèvre, puisque sa proportion d'albumine était *double* de celle du liquide pleural.

Du reste, cette grande proportion de l'albumine du liquide rendu par les bronches pouvant même dépasser le chiffre de l'albumine du liquide de la plèvre, ainsi qu'on vient de le voir, pouvait être prévue par les partisans de l'expectoration albumineuse par simple congestion pulmonaire, sans traumatisme, et elle est pour eux d'une explication facile. En effet, sous l'influence du violent raptus sanguin qui caractérise ces congestions, il se fait une desquamation rapide des cellules épithéliales des alvéoles du poumon. Dès lors, les capillaires avec leurs membranes si ténues, laissent passer le sérum sans lui imprimer ces modifications que lui font subir les épithéliums, c'est-à-dire le laissent filtrer avec beaucoup d'albumine. Il se passe ici ce qui arrive dans certaines formes de néphrites albumineuses, où la congestion desquamative du début permet aux capillaires du rein de laisser l'albumine s'échapper dans les tubuli et se mêler avec l'urine. Aussi voyons-nous mentionnée, dans l'examen microscopique du liquide albumineux de l'observation de Bordeaux, la présence d'une grande quantité de cellules épithéliales.

Je conclus donc que, si on ne peut nier la possibilité de la blessure du poumon dans la thoracentèse, rien ne démontre jusqu'à ce jour qu'elle ait été la source d'un seul fait d'expectoration albumineuse à la suite de l'opération.

L'expectoration albumineuse est le résultat d'une congestion pulmonaire dont il est aisé de saisir le mécanisme.

OBSERVATIONS A L'APPUI DE LA NOTE LUE PAR M. LE DOCTEUR FÉRÉOL A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX.

(Séance du 23 mai 1873.)

OBS. I. — *Oblitération de la veine cave inférieure. Hypermégalie de la rate et du foie (dysenteries). Pleurésie hémorrhagique se vidant par les bronches avant la ponction. Thoracentèse. Guérison ; récidive de l'épanchement trois mois après.*

(Observation recueillie par M. VINCENDON, externe du service.)

Le 18 août 1872, entrait à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Féréol, salle Saint-Louis, n° 21, le nommé R... (Paul), âgé de 46 ans, chez lequel notre attention fut d'abord attirée par l'énorme développement que présentait le réseau veineux abdominal sous-cutané.

Voici, à ce sujet, ce que nous raconte le malade : En 1849, étant soldat d'infanterie de marine, il fut atteint, à son retour des colonies, d'une dysenterie aiguë qui persista trois mois environ. Il changea ensuite de régiment et fut envoyé en Afrique, où la dysenterie l'atteignit une seconde fois. Elle dura tout un été, avec des alternatives d'apaisement et de recrudescence. En 1854 et 1855, ce malade éprouva, pendant les marches, et à diverses reprises, des points de côté assez violents à la région hépatique. Il fut, pour cette raison, dispensé chaque fois et pour quelques jours du service, mais n'entra jamais à l'hôpital. Ces points de côté étaient constitués par des douleurs très-vives, lancinantes, qui duraient 5 à 10 minutes, puis

se calmaient par le repos; jamais elles n'ont été continuelles. En 1859, durant la campagne d'Italie, il gagna une troisième dysenterie et un chancre suppuré, mais qui ne s'accompagna pas de bubons. Pas de manifestations syphilitiques cutanées, à ce qu'il nous raconte... Depuis sa première dysenterie, ce malade avait eu très-fréquemment de la diarrhée ; il lui était même arrivé souvent de rendre beaucoup de sang par l'anus, mais sans douleur ni épreintes.

Jamais de fièvres intermittentes. Habitudes alcooliques parfaitement avouées.

En 1861, R..., se trouvant alors en garnison à Nîmes, fut saisi tout à coup, pendant une promenade militaire, de douleurs très-violentes, toujours à la région hépatique, et qui nécessitèrent son admission immédiate à l'hôpital militaire, où on lui fit appliquer sur l'hypochondre droit une vingtaine de sangsues. On constata, au dire du malade, une maladie du foie, et on l'envoya passer une saison à Amélie-les-Bains, où il ne suivit pas de traitement hydrothérapique, parce qu'il était fatigué.

Jamais il n'avait eu d'ictère à cette époque ; son teint était un peu jaune, mais, même au moment de ses plus fortes douleurs, il n'y avait pas eu de recrudescence dans l'intensité de la coloration.

En 1863, il passa une saison à Vichy. — Il y retourna en 1864 ; mais, au milieu de la saison, il fut transporté à l'hôpital militaire de Moulins, et de là au Val-de-Grâce, où il resta 14 mois. C'est pendant son séjour à Vichy qu'il se manifesta un peu d'ascite, qui augmenta rapidement. Le malade nous déclare que ses jambes étaient aussi enflées, et il ne sait pas dire certainement si l'enflure des jambes a précédé celle du ventre. Quoi qu'il en soit, il subit, dans le courant de 1865, trois ponctions abdominales successives, par lesquelles on lui retira une première fois environ 5 litres d'un liquide blanc verdâtre ; une seconde fois, quinze jours après, 13 litres d'un liquide tout à fait semblable au premier ; enfin, une troisième fois, un mois environ après, 3 litres de ce même liquide.

En 1866, il fut encore à Vichy, puis rentra dans la vie civile, et reprit le métier de cordonnier. — Il se purgeait très-souvent, mais n'éprouvait pas de gêne sérieuse de son état. Il était sujet à des épistaxis fréquentes, surtout la nuit, depuis longtemps.

En 1867, il entra à l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur qu'il portait depuis longtemps dans le maxillaire supérieur. M. A. Guérin hésita longtemps, mais enfin finit par lui enlever cette grosseur, que l'on déclara, au dire du malade, être une tumeur fibreuse. (Cet homme est intelligent et paraît prêter beaucoup d'attention à ce qu'on dit autour de lui.)

Quant au motif qui l'amène aujourd'hui à l'hospice, le voici : Il y a un mois environ, cet homme, travaillant dans sa chambre, fut exposé à un courant d'air assez froid. Les jours suivants, survint une toux assez vive, sèche, quinteuse, accompagnée d'un point de côté un peu au-dessous du mamelon droit. La toux fit de rapides progrès et, *depuis quinze jours, est accompagnée d'une expectoration de crachats dont la couleur ne peut être mieux comparée qu'à celle du chocolat à l'eau.* L'oppression et la gêne de la respiration sont arrivées à un degré tel, que le malade s'est décidé à venir à la consultation. Quant au point de côté, il n'existe plus aujourd'hui, et le malade ne sait ou ne peut pas discerner s'il était semblable aux points de côté qu'il éprouvait autrefois, ou s'il en était différent.

L'examen direct nous donne le résultat suivant : Le foie est considérablement abaissé et paraît, en outre, fort augmenté de volume ; il remplit l'hypochondre droit, l'épigastre, déborde dans l'hypochondre gauche et dans le flanc droit. En haut, la matité se continue directement dans la poitrine et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du mamelon. En arrière, la matité est complète *jusqu'à l'épine de l'omoplate.* Les vibrations thoraciques sont abolies ; un souffle assez fort s'entend le long de la colonne vertébrale et au sommet. Le côté droit de la poitrine est notablement plus dilaté.

Quant au réseau veineux abdominal sous-cutané, il présente une dilatation excessive ; certaines veines sont de la grosseur d'un doigt. Le cours du sang paraît s'y faire de bas en haut. Quelques-unes se dirigent vers le rebord des fausses côtes ou vers l'appendice xyphoïde, où elles se terminent ; d'autres, au contraire, remontent sur les côtés de la cavité thoracique et semblent se perdre sur les limites du creux axillaire. L'abdomen paraît ne pas contenir de liquide.

Comme l'existence d'un épanchement pleurétique était parfaitement démontrée, et que, de plus, cet épanchement paraissait assez abondant, M. Féréol pratiqua, le 20 août, avec l'aspirateur Potain-Mathieu, dans le septième espace intercostal (ligne axillaire), une ponction qui donna issue à trois litres et demi d'un liquide couleur chocolat, ayant absolument le même aspect que celui des crachats expectorés. Il ne survient aucun accident pendant l'écoulement du liquide ; on ne note même pas la toux qui survient ordinairement vers la fin de l'opération.

A la suite de cette ponction, le foie remonte à sa place normale ; il dépasse à peine d'un

travers de doigt le rebord des fausses côtes, mais on constate qu'il est réellement augmenté de volume. — La rate est également volumineuse.

L'épanchement ne s'est pas reproduit; le malade n'a jamais éprouvé aucun symptôme fâcheux : ni frisson, ni fièvre, ni point de côté, ni toux, et, chose qu'il faut noter particulièrement, il n'a pas expectoré un seul crachat après la ponction.

Malgré cela, et de crainte d'accident, nous gardons le malade dans nos salles jusqu'au 7 septembre, jour où il s'en va à Vincennes.

Son séjour à l'hospice a été de quinze jours. Immédiatement après sa sortie, R... a éprouvé de nouveau un point de côté; mais, comme ce dernier ne s'est accompagné ni de frisson, ni de fièvre, ni d'oppression, il a voulu travailler, et ce n'est que le 9 décembre qu'il se décide à revenir à l'hôpital, parce qu'il se sentait beaucoup plus faible.

L'examen direct révèle à peu près les mêmes signes que la première fois : une matité remontant, du côté droit, en avant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du mamelon, et, en arrière, jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. Les vibrations thoraciques sont considérablement diminuées, mais non complétement abolies. Il existe un souffle doux et un léger retentissement de la toux.

La matité descend dans le ventre, par suite de l'abaissement considérable du foie jusqu'au niveau d'une ligne légèrement courbe, à concavité supérieure, et descendant sur la ligne médiane jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Mais, cette fois-ci, le malade ne crache pas du tout. Il ne tousse pas ou à peine, n'a pas d'oppression; en un mot, il paraît ne pas être beaucoup gêné par sa pleurésie. Un détail que le malade nous donne aujourd'hui, c'est qu'il a de fréquentes épistaxis. De plus, on lui trouve une hydrocèle qu'il porte depuis longtemps.

Obs. II. — *Pleurésie gauche. Deux thoracentèses. Évacuation incomplète du liquide. Abcès des parois costales. Évacuation probable du liquide pleural par les bronches sans pneumothorax* (1).

C..., garçon marchand de vins, 27 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, n° 4, le 28 septembre 1871; n'a jamais été malade antérieurement; dit qu'il avait la respiration courte, et qu'il a éprouvé quelques accès d'asthme (?).

Il y a quinze jours, malaise subit; un peu de fièvre; perte d'appétit.

Il y a six jours, un frisson, fièvre; pas de dyspnée ni de toux; nouveau frisson trois jours après, avec fièvre et dyspnée.

A son entrée, fièvre intense; dyspnée forte et même inquiétante. Point de côté étendu à gauche. Nulle voussure appréciable; mais, à la percussion, matité très-forte à gauche et en bas; submatité en haut; vibrations thoraciques abolies de ce côté; murmure respiratoire nul en bas, faible en haut; pas de souffle, pas d'égophonie; voix affaiblie.

En avant, tympanisme sous-claviculaire; cœur dévié à droite.

Auscultation et percussion normales à droite.

Décubitus gauche seul possible. Toux vive; respiration superficielle.

Même état les jours suivants : P. 112; le malade semble s'habituer à sa dyspnée; herpès labial; toux sèche; crachats de bronchite; quelques râles muqueux des deux côtés.

Le 3 octobre, on note du souffle au tiers supérieur, et de l'égophonie en bas.

4 octobre. *Thoracentèse* : Un litre et demi de liquide jaune. Durant l'opération, aucun accès de toux; d'ailleurs, l'écoulement du liquide est lent et intermittent; *le poumon semble être refoulé très-loin de la paroi thoracique postérieure. Un stylet de trousse introduit dans l'axe du trocart y pénètre entièrement sans toucher le poumon.*

Du 5 au 10, mieux très-appréciable. Le malade peut se lever et sortir dans le jardin. Cependant, le poumon ne semble pas encore être revenu; toujours matité à gauche; murmure vésiculaire encore lointain; cependant les vibrations thoraciques reparaissent. Le malade ne se plaint plus que d'une pesanteur à la partie antérieure du thorax; le cœur est revenu à sa place. Il y a encore de la gêne respiratoire lors des inspirations profondes. (Le malade peut se lever; il est même descendu au jardin.)

12 au 13. Seconde ponction. Liquide plus jaune que la première fois.

Le malade va à Vincennes.

Il en revient le 9 décembre.

On trouve en avant et à gauche, au niveau des cartilages des dixième et onzième côtes, un abcès gros comme une petite orange, rouge, violacé; peau tendue, chaude, mais peu douloureuse. Cet abcès a mis environ huit jours à se développer. On note de la sonorité au niveau

(1) L'observation a été copiée jusqu'au 31 décembre sur les notes de M. Terrillon. A partir de ce moment, elle est prise sur les notes de M. Reclus, interne du service.

du cœur. A gauche, en arrière, matité, souffle profond. Le malade se plaint d'avoir la respiration plus courte que quand il a quitté l'hôpital.

19 décembre. Ponction de l'abcès avec l'aspirateur Dieulafoy ; il sort un pus épais, crémeux.

Les jours suivants, l'orifice s'agrandit et laisse passer du pus en abondance ; peau violacée ; décollement. Un stylet introduit dans la fistule ne rencontre pas de côte cariée, et ne pénètre pas dans la poitrine.

25 décembre. Au bas de la poche purulente, il s'en est formé une seconde au niveau des fausses côtes ; ces deux poches ne paraissent pas communiquer ensemble.

26. Débridement de la première poche ; on ne touche pas à la seconde. On ne trouve pas de fistule pleurale, ni de maladie de la côte.

27. Nouveau débridement d'une partie de l'abcès encore décollé ; suppuration abondante.

30 décembre. Le second foyer communique avec le premier, par lequel il peut se vider à l'aide d'une pression forte et continue. Toux fréquente pendant la nuit. Douleur localisée au niveau de la côte.

Dans ce deuxième foyer, pendant qu'on cherche la fluctuation, on perçoit nettement la crépitation de l'emphysème sous-cutané. On n'entend dans le côté gauche de la poitrine ni broncho, ni égophonie. La matité est complète en arrière et en bas ; en avant, au contraire, la sonorité est exagérée partout, excepté au niveau de l'abcès. Pas de fièvre vespérale ; bon appétit ; pas de frissons. Le teint est pâle ; il n'y a pas de sommeil.

En pressant sur la tumeur inférieure, le pus disparaît dans les profondeurs, et on a la sensation d'une paroi décollée et flasque.

31 décembre. L'abcès inférieur qui s'était réduit hier a reparu ; le matin, quand on presse dessus, le pus ressort par l'orifice de l'abcès supérieur.

2 janvier. Même état local ; état général satisfaisant. Depuis deux ou trois jours, le malade a des quintes de toux très-violentes, fort singulières, rappelant un peu la coqueluche (à part l'inspiration en reprise qui manque). Ces quintes, très-fréquentes, très-douloureuses, sont suivies de l'expectoration d'un liquide filant, salivaire, très-abondant, recouvert d'un peu de mousse, et dans lequel nagent des crachats muqueux déchiquetés. La respiration est plus faible à gauche qu'à droite, et on entend des deux côtés, mais surtout à gauche, de gros ronchus ronflants.

Cet état persiste jusqu'au 14 janvier ; chaque jour, le malade expectore un crachoir tout plein (environ 250 à 300 grammes) de ce même liquide clair et mousseux, avec une quantité plus ou moins grande de crachats muqueux déchiquetés, un peu nummulaires parfois.

La matité reste complète en arrière et dans la région axillaire jusqu'au niveau de l'abcès. Immédiatement au-dessus de l'abcès, commence une sonorité tympanique qui remonte jusqu'à la clavicule ; en ce point, on entend une respiration un peu rude, mêlée de quelques râles ronflants, mais le murmure vésiculaire est très-près de l'oreille. Au-dessous de la plaie qui suppure et tend à cicatrisation, on perçoit la sonorité stomacale.

On note un retrait manifeste, mais partiel, du côté gauche de la poitrine ; ce retrait est sensible à l'œil en arrière et en haut ; l'omoplate fait une saillie plus grande qu'à droite ; ou plutôt, restant au même plan que sa congénère, on constate que les côtes se sont éloignées d'elle. Il y a une courbure à concavité gauche de la colonne vertébrale. Au contraire, il y a une saillie de la partie inférieure et externe de la poitrine au niveau des fausses côtes ; la pression est fort douloureuse sur ce point.

Le 16 janvier, l'expectoration est bien moindre ; le malade a des sueurs nocturnes abondantes ; il maigrit.

18. — En pressant sur la collection inférieure, on fait refluer difficilement et lentement un peu de pus qui sort par un petit orifice en cul-de-poule situé au centre de la plaie supérieure.

20. — Incision de la collection inférieure ; il s'écoule peu de pus tout d'abord ; mais, dans le courant de la journée, il en sort une quantité considérable ; cet écoulement abondant dure deux jours, puis va en diminuant. Le malade se trouve fort soulagé, tousse moins et crache peu ; moins de sueurs la nuit, plus de sommeil. Il est devenu d'une extrême sensibilité à la douleur et ne permet plus qu'on sonde sa plaie. Il se plaint d'avoir presque chaque nuit une perte séminale.

Le malade reste encore dans les salles pendant six semaines sans que les phénomènes sthétoscopiques aient varié d'une manière importante ; l'expectoration et la toux devinrent beaucoup plus rares. Les deux fistules cutanées persistèrent, donnant un écoulement assez abondant, principalement l'inférieure, d'un pus séreux verdâtre. Les forces revinrent peu à peu et le malade put aller à Vincennes. Il revint nous voir dans le courant de mai : les deux fistules persistaient. La peau était rétractée et formait un pli adhérent aux côtes. La suppuration était très-peu abondante, mais continue. Les phénomènes sthétoscopiques n'avaient pas sensiblement varié ; à droite, la respiration était pure, ample ; nul signe de tuberculisation de ce côté. A

gauche, matité en arrière; submatité dans la fosse sus-épineuse; quelques râles sous-crépitants rares.—Grande faiblesse du murmure respiratoire; silence presque absolu en bas.

L'état général est assez bon; le malade a bon appétit et dit que ses forces reviennent. — Nous ne l'avons plus revu.

Remarques. — On n'a pas acquis la preuve que la fistule cutanée ait communiqué avec la plèvre; le reflux du pus qui fuyait sous la pression des doigts et disparaissait n'est pas du tout une preuve de la communication avec la plèvre. Il se peut qu'il y ait eu là un abcès en bissac; mais la façon dont l'écoulement s'est établi après l'incision de la collection inférieure, son abondance, le soulagement du malade, qui, à partir de ce moment, a commencé à entrer dans une période meilleure, sont des raisons de croire que le liquide pleural s'est évacué en partie par cette voie. Ce qui est bien certain, c'est que la communication avec la plèvre, si elle a existé, ne s'est faite que tardivement, et qu'il n'y en avait aucune lors des premières incisions; à ce moment les recherches purent être faites, à plusieurs reprises, avec grand soin, et restèrent toujours négatives. De même aussi, ce n'est qu'à la fin de l'observation qu'on note les signes qui montrent que l'inflammation s'est étendue aux côtes; et la carie costale a été la conséquence et non la cause de la suppuration. Il s'agit donc bien ici d'un de ces abcès de voisinage qui ont été décrits par M. Leplat.

Quant à affirmer dans ce cas la fistule pleuro-bronchique, assurément je ne puis le faire d'une manière formelle. J'ai pu la soupçonner seulement du 2 au 14 janvier; il y avait à ce moment quelque chose de tout à fait insolite dans les quintes de toux si fortes, si douloureuses, si répétées qui épuisaient le malade jour et nuit, dans la nature et l'abondance extraordinaire de l'expectoration qui les accompagna pendant une douzaine de jours; et si on fait attention que c'est à la suite de cette crise singulière qu'on observe la déformation en retrait de la partie supérieure du thorax, il y a certainement, dans cette coïncidence des deux phénomènes, quelque chose qui commande l'attention : ce n'est pas ainsi que d'habitude les choses se passent quand le liquide pleural disparaît par simple résorption. Et c'est pourquoi j'ai dit que je croyais que, dans ce cas, l'évacuation spontanée par les bronches sans pneumothorax me paraissait probable.

Je ferai remarquer enfin que, d'après les notes de M. Terrillon, la première thoracenthèse n'a évacué qu'une partie du liquide; et cependant la canule du trocart n'était pas bouchée, puisqu'un stylet de trousse la parcourait librement. D'un autre côté, il est évident qu'il y avait encore beaucoup de liquide, puisque ce stylet disparaissait tout entier dans la poitrine sans rencontrer le poumon. Ce cas peut donc être rapproché de ceux que signalait M. Barth à l'Académie de médecine (séance du 30 juillet 1872), pour en demander l'explication, et dans lesquels une ponction faite dans une plèvre contenant du liquide ne donne aucun résultat. Voici l'explication qui me paraît pouvoir être donnée de ce phénomène : Si le liquide ne coule pas, c'est que les pressions qui pourraient le déterminer à couler sont inférieures ou seulement égales à la pression atmosphérique; dans ce dernier cas, le liquide est dans un équilibre indifférent; il est sollicité également dans un sens et dans l'autre; les pressions se neutralisent. Il n'y a nulle raison pour que le liquide sorte. Que le phénomène se produise au commencement ou au milieu de la thoracentèse, il est toujours le même et se produit dans des conditions identiques, à savoir : au moment où les pressions intérieures et extérieures se font équilibre.

OBSERVATION DE PSEUDO-PELLAGRE (?) CHEZ UNE FEMME ARRIVÉE A LA PÉRIODE CACHECTIQUE DE L'ALCOOLISME ET N'AYANT JAMAIS FAIT USAGE DE MAÏS (1);

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 27 juin 1873,

Par le docteur Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière.

B... (Berthe), âgée de 36 ans, couturière, est entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Geneviève, n° 22, le 23 juin 1873.

(1) Recueillie par M. Paillard, élève du service.

Cette femme, d'une taille peu élevée, d'une constitution médiocre et d'un tempérament lymphatique, présente aux membres inférieurs des déformations très-accentuées de rachitisme; en outre, elle a eu beaucoup de gourmes dans son enfance.

Ses règles sont venues pour la première fois à 16 ans; elles ont été régulières, abondantes et sans douleur. Mariée à 22 ans, elle a eu six enfants; le dernier accouchement remonte à deux ans. Un seul enfant est vivant; deux sont morts en venant au monde, quoique à terme; les autres sont morts de misère en bas âge. Elle n'a jamais eu d'accidents graves à aucune de ses couches.

B... (Berthe) a toujours joui d'une bonne santé; jamais elle n'a été malade; mais, il y a trois mois, elle a éprouvé des troubles divers, et c'est à cette époque qu'elle fait remonter le début des accidents qui la mettent dans la nécessité d'entrer aujourd'hui à l'hôpital.

Dans l'intervalle de deux époques menstruelles, elle fut prise d'une métrorrhagie, sans douleur de bas-ventre et sans coliques; l'hémorrhagie a été continuelle et assez abondante pour que la malade ne pût distinguer ses règles de la métrorrhagie. Il y a trois mois également, l'appétit, toujours peu considérable, a disparu tout à fait, à tel point que, au dire de la malade, elle n'a pas mangé une livre de pain depuis cette époque. Évidemment il y a exagération: nous voulons seulement, en répétant cette assertion de la malade, donner une idée de l'aversion profonde qu'elle a pour les aliments. De plus, elle éprouve souvent des nausées et des vomissements muqueux et bilieux, le matin à jeun, avec une sensation de brûlure à la gorge. Garde-robes régulières.

A peu près à la même époque apparaît, à la face dorsale de chaque main, une plaque rouge qui s'étend bientôt de l'articulation du poignet à la première phalange. L'épiderme se sèche, se racornit, se fendille et tombe sous forme de larges écailles. Cinq ou six semaines plus tard, une altération analogue de la peau se présente au front et aux tempes.

Au même moment, survient aussi une grande faiblesse dans les cuisses et dans les jambes: la malade éprouve une grande difficulté à marcher, et la pression ainsi qu'un contact même léger occasionnent de la douleur.

La malade tousse depuis quelque temps, mais elle n'a jamais craché de sang. Elle est sujette à des palpitations et s'essouffle facilement.

État actuel, le 27 juin : Aspect cachectique; bouffissure de la face et œdème léger des membres inférieurs.

La pâleur de la partie inférieure de la face contraste avec un érythème d'un rouge sombre, occupant le front, les tempes, la région mastoïdienne et les parties supérieures et latérales du cou. Dans ces régions, l'épiderme est sec, luisant, fendillé çà et là. Au fond des fissures, formant des plaques plus ou moins étendues d'épiderme prêt à se détacher, on constate une coloration d'un rouge plus vif de la peau sous-jacente : les parties affectées sont celles qui sont exposées à l'air. Ainsi, il reste à la partie supérieure du front, et dans toute sa largeur, une bande d'environ 1 centimètre et demi de hauteur, recouverte par les cheveux, et qui tranche, par sa coloration blanchâtre, avec la couleur des parties affectées.

Une éruption analogue, et offrant des caractères absolument identiques, se remarque à la face dorsale des deux mains, depuis l'articulation radio-carpienne jusqu'aux articulations des première et deuxième phalanges.

Cette éruption se montre pour la troisième fois depuis le début de la maladie : chaque fois, l'épiderme s'est fendillé et est tombé sous forme de larges plaques, pour faire place à un nouvel érythème qui a suivi, aux mains et à la face, la marche que nous venons d'indiquer. D'ailleurs, jamais de sensation de cuisson, de brûlure ni de démangeaison. Pas de douleur à la pression. Au contraire, il existe une analgésie presque complète à la face ainsi qu'aux mains, dans les points envahis par l'éruption. La sensibilité tactile y est également diminuée, tandis que la sensibilité à la chaleur, à la température y est conservée. Mais il existe une hyperesthésie superficielle et profonde très-marquée aux membres inférieurs, que la moindre pression exaspère. La malade accuse aussi une souffrance très-prononcée à la région lombaire, que la pression augmente ainsi que les mouvements. Elle s'irradie dans les membres inférieurs pendant la marche et la station verticale; d'où une difficulté extrême à se tenir debout ou à faire quelques pas. La démarche est incertaine et chancelante, et, d'autre part, il existe une trémulation légère dans les mains, apparente surtout quand la malade, tenant la main étendue, veut écarter les doigts.

Aucune altération des organes des sens : pas de céphalalgie, d'étourdissements ni de vertiges. Mémoire paraissant conservée, mais obtusion manifeste des facultés intellectuelles. Du reste, la malade présente de l'hébétude, et, en quelques instants, elle pleure et rit sans motifs plausibles.

Assez bon sommeil la nuit; pas de délire ni d'hallucinations; pas de tristesse; rien, en un mot, qui rappelle la lypémanie.

Haleine fétide. État fongueux, végétant, des gencives dans toute leur étendue, avec quelques ulcérations çà et là. Langue saburrale. Inappétence à peu près absolue. Soif vive. Quelques régurgitations muqueuses, le matin surtout. Selles régulières. Volume normal du ventre. Pas d'ascite. Augmentation assez considérable du foie, qui mesure 14 centimètres dans la ligne du mamelon.

Rien d'anormal au cœur qu'un bruit de souffle doux, ayant son maximum à la base et sur le trajet des vaisseaux du cou, lié vraisemblablement à l'anémie.

Aucun signe de lésion organique des poumons, malgré la toux dont la malade se plaint depuis plusieurs mois.

Urines sans abondance exagérée, ne contenant ni sucre ni albumine.

Utérus en antéversion. Col porté en arrière, très-gros et entr'ouvert. La lèvre postérieure est surtout hypertrophiée; elle est, en outre, le siége d'une large ulcération granuleuse. Culs-de-sac souples et dépressibles, sans douleur. Utérus mobile.

En présence de l'éruption, de la cachexie et des troubles fonctionnels observés chez cette malade, nous nous sommes demandé s'il s'agissait de la pellagre vraie, comme l'a décrite Th. Roussel, ou bien seulement d'un érythème pellagreux avec état cachectique, d'une pseudo-pellagre, en un mot.

Or, nous sommes enclin à admettre cette dernière opinion, non-seulement parce qu'il manque encore chez cette malade bien des troubles fonctionnels pour que le tableau symptomatologique de la pellagre soit complet, mais aussi parce que les conditions étiologiques dans lesquelles s'est développée la maladie que nous avons sous les yeux, sont tout à fait différentes de celles de la cachexie spéciale à laquelle des auteurs reconnaissent pour cause essentielle l'usage du maïs altéré par le verdet.

Ainsi, les troubles de l'intelligence présentés par notre malade ne sont pas ceux de la pellagre. Cette dernière maladie, en effet, s'accompagne bien moins d'hébétude que d'une tristesse profonde, ou de délire mélancolique avec idées de persécution, hallucinations et tendance au suicide.

D'autre part, tous les auteurs ont signalé la diarrhée abondante, continue, incoercible, comme un symptôme constant de la pellagre : tandis qu'ici, nous constatons des selles réglières, et aucune tendance à la diarrhée.

Donc le tableau symptomatologique de la pellagre est incomplet.

Quant à l'étiologie, voici les renseignements que nous recueillons :

Le père de notre malade, qui est encore vivant, est né en Auvergne et sa mère en Picardie. Cette dernière est morte à 49 ans après avoir éprouvé pendant longtemps des pertes utérines. Tous les autres membres de sa famille se portent bien et nous ne trouvons chez aucun des antécédents d'aliénation.

La malade a toujours habité Paris. En ce moment, elle demeure dans la banlieue, à Aubervilliers. Elle est couturière et n'a jamais fait d'autre métier. Elle est bien logée, au deuxième étage; son habitation se compose de deux chambres bien aérées regardant le nord. Par conséquent, elle n'est guère exposée à l'action directe du soleil.

Elle mange, si elle le veut, de la viande à tous ses repas, mais elle a peu d'appétit habituellement et, depuis trois mois, elle prétend s'être nourrie exclusivement de bouillon, de potages et de vin sucré.

Elle nous apprend en outre que, depuis quatorze ans, elle boit chaque matin, à jeun, un ou deux petits verres de rhum, et au moins un litre et demi, même deux litres de vin par jour. Jamais elle n'a mangé de maïs; ses dénégations sont formelles à ce sujet et ne peuvent laisser aucun doute.

D'après ces renseignements, il est évident que la cachexie de cette femme doit être imputée à l'alcoolisme.

Avec l'alcoolisme, en effet, on s'explique à merveille les régurgitations muqueuses du matin, l'inappétence habituelle, l'augmentation de volume du foie, l'hébétude et l'obtusion de l'intelligence, le tremblement des mains et l'hyperesthésie des membres inférieurs, ainsi que l'incertitude de la marche et la faiblesse générale.

Enfin, si l'on admet encore, avec Balardini, Roussel, Costallat, etc., qui ont fait

de la pellagre une étude approfondie, que l'usage du maïs altéré est indispensable à la production de cette affection, nous sommes autorisé à considérer cette malade comme atteinte de *pseudo-pellagre d'origine alcoolique*.

Toutefois, Messieurs, comme je n'ai aucune expérience personnelle de la pellagre, et que c'est la première fois que j'ai l'occasion d'observer une maladie de ce genre, j'ai fait venir ici cette malade dans l'espoir que vous voudrez bien me prêter le concours de vos lumières et m'aider à établir un diagnostic précis.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE SUR L'ANGIOME SIMPLE SOUS-CUTANÉ CIRCONSCRIT, suivi de quelques remarques sur les angiomes circonscrits de l'orbite, par le docteur Ch. Monod, aide de clinique chirurgicale à la Faculté, ancien interne lauréat des hôpitaux. J.-B. Baillière, 1873.

Ce travail, écrit dans le meilleur esprit et très-bien présenté, a pour origine une observation recueillie dans le service de M. le professeur Trélat, et relative à une forme particulière de tumeur érectile ou d'*angiome*, dont la structure donne lieu à des considérations neuves et intéressantes, et dont le diagnostic est singulièrement difficile. Tel est le double point de vue, clinique et anatomo-pathologique, auquel se place M. Ch. Monod.

Quelques pages sont consacrées à la définition du mot *angiome* et à la classification de cette espèce de tumeurs. L'auteur rejette avec beaucoup de raison, selon nous, l'ancienne division en tumeurs érectiles artérielles, veineuses et capillaires, et adopte celle de Virchow, déjà admise par Cornil et Ranvier : 1° angiomes *simples* constitués par des vaisseaux de nouvelle formation, semblables aux vaisseaux normaux, artères, veines et capillaires ; 2° angiomes *caverneux*, formés d'un tissu lacunaire, analogue à celui des organes érectiles. Entre les deux variétés, artérielle et veineuse, il n'existe pas de distinction absolue. La forme caverneuse paraît n'être qu'une phase plus avancée de l'angiome simple.

Le type de l'angiome simple est le nœvus vasculaire cutané. Les angiomes profonds paraissent être plus souvent caverneux. Entre ces deux extrêmes se placent les angiomes sous-cutanés, qui peuvent revêtir l'une ou l'autre forme. L'angiome caverneux sous-cutané est la tumeur habituellement désignée sous le nom de tumeur érectile veineuse. Quant à l'angiome sous-cutané simple, il est quelquefois diffus, d'autre fois circonscrit. C'est à cette dernière variété que se rapporte le cas observé par M. Monod ; c'est elle qui fait exclusivement le sujet de sa thèse.

Le point de départ de l'auteur, dans son exposé anatomique et clinique, est toujours l'observation qui lui est propre. Réunissant ensuite, dans une étude d'ensemble, les faits constatés par lui et les indications empruntées aux auteurs, il s'applique à en déduire les caractères généraux des angiomes simples sous-cutanés circonscrits.

On ne pouvait guère, sans l'aide du microscope, arriver à la définition de ces tumeurs. Aussi leur existence n'a-t-elle été que tout récemment signalée, et l'historique de la question se réduit-il à peu de chose.

L'étude anatomo-pathologique est tracée par M. Monod d'une façon remarquable. Elle a pour base l'analyse détaillée et très-complète du fait qu'il a recueilli. Il s'agissait d'une tumeur située à la partie antérieure de l'avant-bras, dans le tissu cellulaire sous-cutané, et qui, après ablation, présentait à l'œil nu un ensemble de caractères tenant à la fois du lipome, du fibrome et de l'angiome. L'examen histologique, fait par M. Monod au laboratoire du Collége de France, et sous les yeux de Ranvier, en démontre la nature vasculaire. Trente pages environ sont consacrées à la description de cette tumeur ; puis à l'exposé général des caractères physiques et histologiques, du développement et des modifications ultérieures de cette variété d'angiomes.

L'étude clinique repose sur quatre observations signées Monod, Weber, Lucke, S. Duplay. Il résulte de l'exposé des symptômes, que l'angiome simple sous-cutané circonscrit n'offre aucun des caractères extérieurs des tumeurs dites érectiles, et qu'il sera toujours facile de le distinguer des angiomes caverneux, dont les signes sont généralement assez nets. Toutefois, dans le fait de M. Duplay, que nous avons observé nous-même étant interne à la Pitié, il s'agissait d'un angiome caverneux, qui ressemblait si peu à une tumeur érectile, qu'on le prit d'abord pour un fibro-lipome. Mais, dans le plus grand nombre des cas, c'est l'angiome simple qui sera presque nécessairement confondu avec les diverses variétés de fibromes, de lipomes, de sarcomes sous-cutanés. Peut-être la coloration bleuâtre de la peau aurait-elle, comme le dit M. Monod, quelque valeur diagnostique, à défaut de signes plus précis.

Ces tumeurs, limitées au tissu cellulaire sous-cutané, restent circonscrites, n'offrent aucune

tendance à se propager au loin, et sont d'un pronostic assez bénin. Relativement indépendantes des vaisseaux environnants, elles peuvent être enlevées tout entières sans crainte sérieuse d'hémorrhagie. Aussi l'ablation avec le bistouri leur convient-elle parfaitement, et doit-on laisser de côté les diverses méthodes préconisées contre les tumeurs érectiles en général.

Suit un *appendice* contenant sept observations d'angiomes de l'orbite, d'où il semble résulter que les angiomes de cette région sont parfois nettement circonscrits, sans rapports intimes avec les vaisseaux environnants, et que sous cette forme leur ablation est possible et peut être faite sans danger.

L.-Gustave RICHELOT,
Aide d'anatomie.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, par le docteur Édouard MEYER.
Lauwereyns, libraire-éditeur, rue Casimir-Delavigne, 2.

M. le docteur Meyer vient de résoudre le difficile problème de résumer dans un petit volume de 700 pages l'ensemble des travaux si nombreux et si importants accomplis jusqu'à ce jour en ophthalmologie.

Il est fort difficile de faire l'analyse de ce livre rempli de faits, dont chaque page presque renferme la description d'une maladie nouvelle; aussi nous contenterons-nous de signaler les chapitres qui ont plus particulièrement frappé notre attention.

Nous trouvons tout d'abord la description des divers procédés d'exploration de l'œil: éclairage oblique, ophthalmoscope, détermination de l'acuité visuelle, exploration du champ visuel, recherche des phosphènes. Dans l'énumération de ces moyens précieux de diagnostic, l'auteur a su, tout en évitant des détails fastidieux, rester suffisamment complet pour les besoins de la clinique.

L'étude des diverses variétés de conjonctivites et kératites, iritis et choroïdites, est précédée de considérations générales sur l'étiologie, la nature et le traitement de ces diverses maladies, manière de procéder qui offre l'avantage d'éviter bien des redites. Comme base de classification et de division des variétés morbides, l'auteur adopte la lésion anatomique, la meilleure à notre avis.

Un chapitre spécial est consacré à l'iridectomie, qui occupe aujourd'hui une si large part dans la chirurgie oculaire. Les indications diverses de cette opération sont nettement formulées, et la description du manuel opératoire est exposée en détail. A l'article *Cataracte*, nous trouvons mentionnés avec soin les nouveaux procédés d'extraction linéaire. Des figures bien faites facilitent l'intelligence du texte.

Nous signalons comme particulièrement intéressant le chapitre consacré au strabisme, qui renferme le résumé clair et succinct des belles recherches de Donders sur la pathogénie de cette difformité. La question du traitement chirurgical et du dosage de l'opération est traitée peut-être à un point de vue trop théorique, car la pratique se charge souvent de démentir les promesses d'une opération de strabisme des mieux conçues et des mieux exécutées. Tel strabisme parfaitement corrigé après l'opération récidive parfois très-rapidement; tandis que tel autre, corrigé d'une façon incomplète, s'améliore progressivement, pour aboutir finalement à un résultat parfait. On doit aujourd'hui se borner à dire que si dans le reculement ou l'avancement du tendon, et le débridement plus ou moins étendu de la capsule de Ténon, l'on possède un moyen chirurgical de corriger complétement cette difformité, on ne peut, néanmoins, se flatter d'obtenir toujours un résultat immédiat et définitif. Souvent on n'atteindra ce but, quelles que soient les précautions prises, y compris l'emploi des verres correcteurs, que par des *opérations successives* subordonnées aux tendances plus ou moins grandes des récidives, qu'il est fort difficile de prévoir *à priori*.

Les anomalies de la réfraction et de l'accommodation, sujet qui a le privilége d'effrayer toujours les médecins, sont décrites en quelques pages avec clarté et simplicité. Ainsi exposées, elles seront facilement comprises par les moins familiarisés avec l'optique physiologique et les mathématiques.

L'on sait combien les moyens nouveaux d'investigation, éclairage oblique, ophthalmoscope, ainsi que l'étude approfondie des anomalies de la réfraction, ont remanié de fond en comble la pathologie oculaire.

Le livre de M. Meyer a le mérite d'être écrit tout entier sous l'inspiration de ces idées nouvelles, rigoureuses, scientifiques, et il sera consulté avec fruit par tous ceux qui veulent se mettre *au courant de l'ophthalmologie moderne*.

Ch. ABADIE.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin 1873. — Présidence de M. Bernutz.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Observation de *pseudo-pellagre*, par M. Siredey. Discussion : MM. Lailler, Ernest Besnier, Moutard-Martin, Bucquoy, Bourdon, Brouardel, Libermann. — Suite de la discussion sur l'*expectoration albumineuse après la thoracentèse* : MM. Woillez, Ernest Besnier, Dumontpallier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Desnos conteste l'interprétation donnée par M. Féréol à l'observation XVI de la thèse de M. Terrillon. Il ne croit pas que la sortie d'une petite quantité de gaz par la canule, après la thoracentèse faite avec les appareils aspirateurs, prouve d'une manière certaine la perforation du poumon. Le liquide pleural contient un peu de gaz, et l'aspiration, surtout si elle est énergique, met ce gaz en liberté. C'est ce qui fait qu'on voit souvent des gaz s'échapper par la canule quand on pratique l'aspiration des épanchements, tandis que cela n'a pas lieu dans la thoracentèse par le procédé de Reybard. Quelquefois même on voit se former dans certaines parties de l'appareil aspirateur, par le fait des gaz dont il s'agit, une mousse assez abondante pour empêcher de continuer l'opération.

—

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Levère, accompagnant l'envoi d'une observation. (Renvoyé au comité de publication.)

Correspondance imprimée :

1° *Comptes rendus des séances de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse* pour 1872-1873.

2° *Gazette médicale de Bordeaux*, n° 12, 20 juin 1873.

3° *Bulletin médical du Nord*, n° 5, mai 1873.

4° *Archives de médecine navale*, n° 6, juin 1873.

5° *Bulletins de la Société d'anthropologie*, janvier et février 1873.

6° *Lyon médical*, n° 13, 22 juin 1873.

7° *Rapport sur les mesures de prophylaxie contre les maladies vénériennes*, adressé au maire de Cette, par le docteur Adolphe Dumas. Montpellier, 1873.

8° *Empoisonnement par les escargots*, par le docteur Adolphe Dumas. Montpellier, 1873.

—

M. Siredey présente une malade atteinte de *pseudo-pellagre*. (Voir plus haut.)

M. Lailler croit, comme M. Siredey, qu'il s'agit, dans l'observation qui précède, d'un cas de pseudo-pellagre. Il a en ce moment dans son service un malade tout à fait analogue, alcoolique aussi; il a attribué la maladie à l'action solaire.

M. Ernest Besnier fait observer que la malade de M. Siredey est cachectique; il remarque aussi qu'elle présente de l'anesthésie des mains et de la face. Il note enfin, ce qui peut avoir quelque intérêt au point de vue de l'étiologie, que l'érythème spécial siége exclusivement sur les parties découvertes.

M. Moutard-Martin n'est pas édifié sur la valeur de la dénomination de pseudo-pellagre. Pourquoi dit-on que, chez la malade qui vient d'être présentée, il s'agit d'une pseudo-pellagre et non d'une pellagre vraie? Est-ce parce que cette malade ne mange pas de maïs? Est-ce parce qu'elle habite Paris? Est-ce parce qu'elle est alcoolique?

M. Bucquoy a eu dans son service un malade qui présentait des symptômes de pellagre : outre l'érythème, il avait de la diarrhée et quelques phénomènes cérébraux légers. Cet homme n'avait pas mangé de maïs et n'avait pas été exposé à l'action solaire; c'était un alcoolique. M. Bucquoy pense qu'on doit désigner les cas analogues sous le nom de pseudo-pellagre, parce que la cause supposable est, non pas le maïs, mais toute autre cause, peut-être l'alcoolisme; il s'agirait dans ces faits d'une cachexie alcoolique à forme pellagreuse.

M. Bourdon a vu un cas identique à celui de M. Bucquoy; c'était aussi chez un alcoolique.

M. Moutard-Martin demande si on ne peut pas avoir la pellagre sans avoir mangé de maïs; pour lui, il est convaincu que la pellagre peut résulter de plusieurs autres causes, peut-être par exemple de l'alcoolisme. Il en a observé lui-même beaucoup d'exemples dans lesquels on n'aurait pu invoquer l'action du maïs. Ce qui est certain, c'est que dans les faits que l'on vient de citer, on a tous les caractères de la pellagre vraie; pourquoi donc les distinguer par un nom particulier?

M. Siredey : On a jusqu'ici réservé le nom de pellagre à une maladie, souvent épidémique, dont la cause supposée est le verdet du maïs ; les maladies analogues, développées sous d'autres influences, sont rangées sous le nom de pseudo-pellagres.

M. Bucquoy voit dans l'objet de la discussion actuelle une question doctrinale ; cette question a été agitée, il y a quelques années, par Landouzy, qui cherchait à établir qu'il n'y a pas de différence entre la pellagre du maïs et les pseudo-pellagres. Elle paraît avoir été résolue par M. Th. Roussel, qui a, au contraire, montré qu'il s'agissait là de maladies toutes différentes. On a sans doute raison de maintenir cette distinction.

M. Brouardel croit que l'opinion de M. Th. Roussel demande à être révisée. Il a vu des pellagreux dans les Pyrénées, et son opinion, comme celle des médecins du pays, est que la pellagre se développe particulièrement chez des gens misérables, cachectiques, et que le verdet du maïs est sans doute étranger au développement de la maladie. La cause certaine est la misère physiologique, la cause douteuse est le verdet.

M. Bourdon rappelle que M. Gintrac fils a soutenu ici même, à la Société des hôpitaux, l'opinion que vient de défendre M. Brouardel.

M. Libermann partage l'opinion de M. Brouardel. Pendant les cinq ans qu'il a passés au Mexique, il n'a pas observé de pellagre, et cependant on y mange du maïs, et même du maïs altéré par le verdet.

Suite de la discussion sur l'expectoration albumineuse.

M. Woillez lit un travail sur l'expectoration séreuse, dite albumineuse, observée à la suite de la thoracentèse. (Voir l'Union Médicale des 1er et 3 juillet 1873.)

M. E. Besnier fait une communication sur le même sujet. (V. l'Un. Méd. du 10 juillet.)

M. Dumontpallier dit que l'expectoration albumineuse a été observée depuis longtemps. Van Swieten distinguait une pleurésie sèche et une pleurésie humide, et il donnait à ces dénominations un sens tout différent de celui qu'elles ont aujourd'hui : sa pleurésie humide n'était autre qu'une pleurésie avec expectoration abondante ; ce qui montre, soit dit en passant, que l'expectoration dont il s'agit peut avoir lieu sans piqûre du poumon par le trocart.

Le Secrétaire : Ch. Fernet.

PHARMACIE

Nécessité pour les pharmaciens d'examiner avec soin les médicaments qu'ils reçoivent. — A mesure que les agents de la matière médicale deviennent plus actifs, les accidents causés par des substances toxiques délivrées et administrées par erreur se multiplient : dans ces derniers temps, certains droguistes ont livré à leurs clients pharmaciens des préparations de strychnine ou de morphine au lieu de sulfate de quinine, du sulfate de potasse mêlé de bioxalate de potasse, de l'acétate de baryte pour du sulfovinate de soude, du sulfate de potasse mêlé d'arséniate de potasse, du bichlorure de mercure au lieu de protochlorure, du chlorhydrate de quinine mêlé de chlorhydrate de morphine. Une personne étrangère à la pharmacie, chargée par le gouvernement dit de la Défense d'aller acheter des médicaments en Angleterre, a rapporté des pilules de sulfate de quinine de un décigramme qui ne contenaient réellement que cinq centigrammes de ce sel ; sous le nom de papier sinapique, du papier imprégné d'alcoolé d'Euphorbium, de l'acoolé d'opium, qui ne contenait que la moitié de l'extrait d'opium qu'il aurait dû contenir, etc.

Le sulfate de potasse qui contenait du sel d'oseille et celui qui contenait de l'arséniate ont causé des empoisonnements mortels. L'acétate de baryte, livré pour du sulfovinate de soude, a également causé un accident fatal.

Il importe donc à la sécurité publique que les pharmaciens soient capables de s'assurer par eux-mêmes de la pureté des médicaments qu'ils reçoivent ou qu'ils préparent. Tout ce qui tend à affaiblir les études pharmaceutiques, par la confusion de la médecine avec la pharmacie, toutes les contestations d'attributions, toutes les comparaisons dédaigneuses, tous les empiétements qui tendent à enlever à la pharmacie son caractère de profession libérale et à décourager les jeunes gens instruits qui songent à s'honorer du titre de pharmacien, ont pour conséquence nécessaire la diminution des garanties tutélaires de la santé publique. — J. J.

Le numéro de ce jour contient un Supplément de huit pages.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ce qui ne s'était vu depuis longtemps et malgré une température sénégalienne, une assistance très-nombreuse remplissait la salle de l'Académie, et les banquettes consacrées aux académiciens étaient à peu près occupées.

Après un incident soulevé par M. Fauvel, qui réclamait la priorité pour son tour de parole, et que la majorité de l'Académie ne lui a pas accordée, M. Legouest a pris possession de la tribune.

M. Legouest ne s'est pas livré à l'improvisation; il a lu un discours étendu, discours bien fait, bien coupé, discours habile, spirituel quelquefois, remarquable surtout par la courtoisie de la forme, la modération du langage et une parfaite aménité de discussion.

Membre de la commission, M. Legouest a naturellement défendu l'œuvre de la commission, et on peut dire qu'il l'a défendue avec un grand talent et une grande habileté.

Ce que M. Legouest a voulu surtout mettre en lumière, c'est que la question sur laquelle l'Académie est consultée n'est rien moins que nouvelle; c'est que, depuis l'organisation actuelle du service de santé de l'armée, les médecins se sont toujours montrés opposés au parallélisme dans le fonctionnement médical et pharmaceutique; que, dans plusieurs circonstances, des commissions instituées par le Gouvernement ont proposé des modifications à cet ordre de choses ou même sa suppression; que les écrivains les plus autorisés ont vivement réclamé ce changement.

M. Legouest a voulu démontrer encore que les propositions de la commission dont il fait partie ne portent aucune atteinte aux droits et à la liberté de la pharmacie; que c'est à tort qu'elle s'irrite et y voit un dommage; que c'est à tort surtout qu'elle semble préférer sa subordination à l'intendance à sa subordination à la médecine, et qu'en prêtant ainsi son concours à une institution condamnée par tout le monde, elle retardera peut-être sa chute et empêchera la réalisation d'un bien si généralement et depuis si longtemps désiré.

Entrant alors dans la discussion des arguments présentés par M. Poggiale, M. Legouest les a passés tous en revue en les soumettant à une critique toujours modérée dans la forme, mais pénétrante au fond. Il a terminé en adjurant l'Académie

FEUILLETON

A PROPOS DU CHARLATANISME PROFESSIONNEL

Lecture faite à la dernière séance de l'Association des médecins du Calvados, décembre 1872.

Par le docteur NOTTA, de Lisieux.

Dans ses tentatives pour lutter contre le charlatanisme, ne peut-on pas dire avec justesse, que notre Association ressemble à Sisyphe roulant son rocher? Lorsqu'en effet tous les ans, à pareille époque, nous sommes réunis dans cette enceinte, la question du charlatanisme médical se représente toujours aussi menaçante pour les intérêts professionnels, toujours aussi funeste pour la santé des malades, et, il faut bien l'avouer, nos efforts sont restés jusqu'à ce jour à peu près impuissants. Est-ce une raison pour nous décourager? Je ne le crois pas. Si donc il y a quelque témérité à venir à mon tour aborder un sujet aussi périlleux, je pense que vous me saurez gré de ne pas désespérer de la bonté de notre cause, et, qu'à ce titre seul, vous voudrez bien m'accorder quelques minutes de votre bienveillante attention.

Le charlatanisme, au point de vue médical, se présente sous deux aspects bien distincts : le charlatanisme extra-professionnel et le charlatanisme professionnel.

Le charlatanisme extra-professionnel comprend les rebouteurs et la plupart des guérisseurs qui se livrent à l'exercice illégal de la médecine; je dis la plupart, et non pas tous, car on n'est pas charlatan par cela seul que l'on se croit capable de guérir telle ou telle maladie dans un but purement humanitaire; pour qu'il y ait charlatanisme, il faut que l'exercice

d'adopter les conclusions de la commission, qui, en donnant satisfaction aux vœux des médecins, satisferont aussi les intérêts de l'armée, c'est-à-dire les intérêts de la patrie.

Ce discours a été accueilli par les applaudissements de l'assistance.

Nous qui cherchons à résumer avec impartialité les opinions qui se produisent, nous devons faire remarquer une lacune dans l'argumentation pourtant si pleine et si serrée de M. Legouest. Il ne nous semble pas qu'il ait répondu à deux objections sérieuses de M. Poggiale. En définitive, a dit cet honorable orateur, que reprochez-vous à la pharmacie? De quels méfaits s'est-elle rendue coupable? Quels griefs élevez-vous contre elle? M. le ministre de la guerre, dans sa lettre à l'Académie, déclare au contraire que, quoique l'état actuel des choses n'ait donné lieu à aucun inconvénient, etc.

Eh bien, nous aurions voulu que M. Legouest eût signalé, eût montré du doigt les inconvénients, les abus, les dangers du fonctionnement actuel de la pharmacie militaire; qu'il montrât surtout les impédiments que ce fonctionnement de la pharmacie apporte au fonctionnement de la médecine.

Pour tous ceux qui assistent, impartiaux, désintéressés et calmes, à ces débats, il s'élève là un doute, un point d'interrogation. Avant de condamner une institution, faut-il savoir au moins de quoi elle est coupable.

L'autre objection de M. Poggiale, à laquelle M. Legouest ne nous paraît pas avoir répondu, est celle-ci : Le principe de la subordination de la pharmacie à la médecine étant édicté, il pourra arriver ceci : c'est qu'un pharmacien que ses services auront élevé au grade correspondant à celui de colonel, sera subordonné à un médecin dont le grade n'équivaudra qu'à celui de lieutenant.

Il y a là véritablement quelque chose de révoltant et surtout de foncièrement antihiérarchique.

A M. Legouest a succédé M. Fauvel.

Le discours de M. Fauvel est du genre mixte. Il approuve et il blâme le rapport de la commission.

Il l'approuve d'avoir un peu beaucoup dépassé le programme de la lettre ministérielle et discuté et résolu la question de l'autonomie du service de santé de l'armée. Mais la commission n'a fait que poser le principe d'une façon platonique et sentimentale, et en cela M. Fauvel la gourmande fortement. Entre le principe et l'application, il y a des abîmes. C'est à la médecine qu'il appartient de poser les bases,

---

illégal de la médecine soit fait en vue d'un profit quelconque, soit moral, soit pécuniaire. De cette classe de charlatans, je ne vous dirai rien; je ne veux pas d'ailleurs courir sur les brisées de notre honorable secrétaire, qui, sentinelle vigilante, vous dénonce chaque année leurs agissements. Je laisse à sa parole si honnête et si sympathique le soin de flétrir leur conduite, et d'appeler sur eux toutes les rigueurs de la loi, si, toutefois, on peut donner ce nom à cet ensemble de décrets et d'ordonnances qui régissent la médecine et qui font semblant de la protéger.

Je veux aujourd'hui vous entretenir de la seconde forme de charlatanisme médical, du charlatanisme professionnel. Comme l'indique son nom, il est exercé par des médecins. C'est le charlatanisme patenté, légalisé, par conséquent le plus perfide et le plus dangereux. Comment, en effet, s'en garder? Permettez-moi de me placer un instant au point de vue du public intelligent, mais ignorant des choses de la médecine : je suis malade depuis un temps plus ou moins long; mon médecin, dans lequel j'ai du reste confiance et qui la mérite à tous égards, me conseille de prendre une consultation à Paris, et m'indique un ou deux professeurs de l'École de médecine auprès desquels il me recommande; mais, arrivé dans la capitale, des parents, des amis m'entraînent chez un autre médecin, c'est un spécialiste, il est professeur aussi; les titres et les décorations ne lui manquent pas, et puis il a guéri un malade atteint du même mal que moi. Au bout d'un mois, je reviens au logis un peu plus malade que je n'étais, et mon médecin m'apprend que j'ai été indignement exploité; et, cependant, j'ai été à Paris où, assure-t-on, se trouve la plus haute expression de la science; j'ai consulté un médecin de Paris qui paraît avoir des titres sérieux qui le recommandent au public. Voilà ce dont nous sommes témoins tous les jours. Il y a là un scandale véritable; il ne faut pas craindre de le dévoiler et d'en scruter tous les détails.

les règles et toutes les conditions de cette application, c'était à la commission qu'il appartenait de formuler un programme sur lequel l'Académie aurait eu à statuer et à délibérer.

Mais cette autonomie du service de santé tant réclamée et si désirable, en effet, entrainerait-elle pour les médecins toutes les charges et toutes les conditions administratives? M. Fauvel ne le souhaite pas et il trouve que les médecins ne pourraient suffire à pareille besogne. Elle leur fut proposée dans le temps par le général en chef de l'armée d'Égypte; les médecins de cette armée, c'est-à-dire Desgenettes et Larrey, eurent le bon sens de la refuser, en bornant leurs désirs et leurs aspirations à voir supprimer les entraves entre le service de santé et le corps de l'intendance de cette époque, qui avait nom commissariat de guerre.

M. Fauvel ne nourrit pas de grandes illusions sur le changement de domination qu'espère et qu'attend le corps médical de l'armée. Ainsi que cela a été déjà exprimé dans ce journal, nos confrères de l'armée pourront bien ne changer que de maitres, et, en passant de la subordination à l'intendance à la subordination au commandement, trouver les mêmes exigences, la même sujétion, la même incompétence.

Quant à la question particulière du rôle à assigner à la pharmacie dans l'organisation du service de santé de l'armée, M. Fauvel s'est demandé comme nous en quoi consistaient les griefs que l'on reprochait à cet élément du service, et n'ayant pu les reconnaitre, par esprit de conciliation et de justice, M. Fauvel a été porté à demander que cette subordination, qui sera la conséquence naturelle des choses, ne soit pas inscrite dans la loi. M. Fauvel a demandé enfin qu'un rapport supplémentaire fût fait par la commission.

C'est encore en vain que les plus pressés ont demandé la clôture de la discussion. Mais, M. Dumas ayant demandé la parole, M. le Président a renvoyé la continuation des débats à mardi prochain.

CHOLÉRA. — On lit dans la *Gazette hebdomadaire médicale de Vienne*, du 19 juillet :

« Du 9 au 17 juillet, il y a eu à Vienne 191 nouveaux cas de choléra qui, joints aux 248 des semaines précédentes, forment un total de 439 cas. Le nombre des morts est de 100. — Les attaques se sont manifestées dans les proportions suivantes :

« Du 9 au 10 : 20 malades ; — du 10 au 11 : 9 ; — du 11 au 12 : 8 ; — du 12 au 13 : 39 ; — du 13 au 14 : 36 ; — du 14 au 15 : 46 ; — du 15 au 16 : 31 ; — du 16 au 17 : 15.

« Il y a donc eu diminution dans les trois derniers jours.

« Dans l'hôpital militaire n° I, il est entré, depuis le 4 juillet, 21 cas, dont 10 cholérines,

---

Mais, me dira-t-on, vous paraissez viser ici particulièrement le charlatanisme professionnel à Paris ; cependant, il existe aussi en province. J'avoue que je ne me sens pris d'aucune tendresse pour celui de province, mais il offre de moindres dangers. Il s'exerce sur une petite échelle ; celui qui y a recours ne tarde pas à être jugé comme il le mérite, et il finit par ne plus faire de victimes que parmi les niais qui, à force de l'être, cessent d'être intéressants ; tandis que dans la capitale, placés sur un grand théâtre, ayant un public qui se renouvelle chaque jour, vus à travers le prisme de l'éloignement, bénéficiant du prestige légitime des maitres de la science qui rayonne jusque sur eux, affublés de titres qui n'ont de scientifique que l'apparence, les charlatans patentés attirent à eux tous nos pauvres malades qui espèrent trouver auprès des médecins de Paris une guérison qu'ils nous demandent en vain, et, éblouis par cet éclat factice, ils vont, comme l'alouette fascinée par le miroir de l'oiseleur, se faire prendre dans des filets habilement tendus. C'est contre cette indigne exploitation que je viens ici protester devant vous, au nom de l'humanité et de la dignité professionnelle odieusement outragées.

Le charlatanisme, quel que soit son théâtre, procède toujours de la même manière : la réclame, la mise en scène et l'exploitation. C'est toujours Mangin, avec ses tambours, son casque et sa cuirasse.

Le charlatanisme professionnel, lui aussi, a ses tambours. A la quatrième page des journaux, à côté des mariages riches de Mme de Saint-Just, s'étalent les réclames les plus scandaleuses ; on y proclame les guérisons les plus merveilleuses ; les noms des habiles médecins qui en sont les auteurs y sont accompagnés d'un cortége de décorations et de titres scientifiques qui dépasse de beaucoup ceux d'un membre de l'Institut. On s'intitule membre de l'Académie (on ne dit pas de laquelle et on a raison), professeur de chirurgie spéciale, pro-

11 véritables choléras ; 4 des derniers sont morts. Dans l'hôpital militaire n° II sont entrés 65 cholériques, dont 19 sont morts. »

CLINIQUE MÉDICALE DE LA CHARITÉ

Leçons de M. le professeur G. SÉE.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'ALCOOL (1).

VII.

On a cherché à utiliser l'alcool non-seulement dans le traitement de la pneumonie, mais encore dans divers états morbides, en raison de son action sur le tube digestif, sur le sang, ainsi que sur la température et la circulation.

1° *Action sur le tube digestif.* — Les liqueurs alcooliques facilitent la digestion en augmentant la sécrétion du suc gastrique ; aussi les a-t-on employées fréquemment dans les maladies de l'estomac. Elles sont un stimulant énergique, notamment pour la digestion des aliments gras.

On les a employées aussi contre les diarrhées chroniques, si souvent liées aux dyspepsies.

Contre certaines affections nerveuses dites gastriques ; par exemple, contre les vomissements des femmes grosses, l'alcool a trouvé son emploi. Il agit ici, non-seulement en favorisant la sécrétion du suc gastrique, mais comme anesthésique. L'alcool, se combinant avec l'oxygène, se comporte comme le chloroforme, toutes proportions gardées. M. le docteur Maurice Perrin, du Val-de-Grâce, a parfaitement vu que le chloroforme tuait en asphyxiant les globules et non par l'asphyxie mécanique, comme celle qui résulterait de la paralysie des muscles respirateurs. Par suite du contact de l'alcool avec les globules, il n'y a plus d'absorption de l'oxygène, il y a apnée, absence de respiration, suite de la paralysation des globules eux-mêmes.

Or, les vomissements des femmes grosses ne sont pas dus à une maladie du tube digestif. Il ne s'agit pas ici de dyspepsie. Les malades ne vomissent pas par cause mécanique, ni par lésion de l'estomac, ni par compression de l'utérus sur les nerfs (puisque l'utérus gravide est relativement plus petit dans les quatre premiers mois,

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 29 avril, 15, 29 mai, 28 juin et 8 juillet 1873.

---

fesseur de médecine, etc., etc. Nous autres médecins, nous connaissons la valeur de ces pseudo-titres, et nous savons parfaitement que ces professeurs en chambre n'ont rien de commun avec nos illustres maîtres qui font la gloire et l'orgueil de notre Faculté ; mais le public est incapable d'apprécier ces différences ; il y a là véritablement une confusion déplorable qui ne saurait être tolérée plus longtemps.

Les très-habiles sont moins bruyants, ils craindraient de ternir un certain vernis d'honorabilité qu'ils ménagent avec soin. Ils ont un autre système de réclame, ils emploient la méthode des diagnostics mensongers, méthode sûre, et infaillible surtout quand on l'applique avec intelligence aux maladies de la femme, toujours si impressionnable et toujours si facilement enthousiaste.

La réclame, quelle que soit la forme sous laquelle elle se produise, amène le client ; cela ne suffit pas ; alors apparaît la mise en scène dont le but est de frapper fortement l'imagination. Les moyens varient à l'infini : tantôt ce sont des procédés de traitement étranges : on remplace, par exemple, dans les maladies utérines, le cautère de fer par un cautère d'or, sous prétexte que ce dernier agit plus énergiquement ; tantôt on a recours à des exhibitions que j'appellerai honteuses : témoin ce médecin qui a dans un coin de son cabinet un immense bocal renfermant une énorme tumeur ovarique, discrètement recouvert d'une calotte de velours, mais qu'il ne manque pas d'exhiber lorsqu'il s'agit de décider une volonté hésitante.

Je n'insiste pas davantage ; si j'entrais dans plus de détails, je ne ferais que répéter ce que chacun sait.

Une fois le malade fasciné, arrive l'exploitation. La confiance, la crédulité, le désir de guérir, et pourquoi ne pas le dire, l'apparence de garanties scientifiques rendent la mine inépuisable ; tous les moyens sont bons : opérations inutiles dont on a démontré la nécessité et

et que c'est dans cette période que persistent les vomissements). Ils sont provoqués par une action réflexe, et l'alcool agit en anesthésiant les nerfs. On dirait que les femmes en sont instinctivement averties, car celles qui d'habitude ne prennent jamais de liqueurs ont une tendance à en consommer pendant la grossesse.

Les vomissements des tuberculeux, quelquefois si rebelles à tous les autres moyens, peuvent être calmés par l'alcool. Dans certains cas, ils tiennent à une lésion de l'estomac; mais, ordinairement, ils sont le résultat mécanique des secousses de la toux qui agit sur la partie cérébrale des nerfs respirateurs (*sur le bulbe*, d'où partent les nerfs de la respiration). Le vomissement est toujours le résultat de l'effort des muscles expirateurs. L'alcool diminue l'excitabilité du centre expiratoire, et, par conséquent, les secousses de la toux, et, du même coup, les vomissements.

C'est par les mêmes raisons qu'on emploie l'alcool contre l'asthme; il faut toutefois préférer, dans ce cas, le café et le tabac qui, avec le datura stramonium, atténuent singulièrement les effets de cette affection. Ici, encore, il faut invoquer l'action anesthésiante de l'alcool; car, s'il agissait seulement sur la respiration, il devrait, d'après ce que nous savons, l'accélérer, et alors il aggraverait l'asthme au lieu de le soulager.

2° On on a voulu aussi tirer parti de la prétendue action coagulante de l'alcool sur le sang: c'est là une erreur; cette coagulation n'a pas lieu cliniquement parlant, il y a seulement altération des globules et, en outre, production de gouttelettes graisseuses que l'on reconnaît en les dissolvant par l'éther.

L'alcool a néanmoins été utilisé comme hémostatique, et, sous ce rapport, il ne faut pas lui dénier tout pouvoir; dans les grandes hémorrhagies, surtout les hémorrhagies utérines, il a rendu de réels services. A-t-il agi dans ce cas comme hémostatique ou comme reconstituant en relevant les forces des malades? Il est très-difficile de se prononcer.

Tout hémostatique doit agir sur le sang en en augmentant la coagubilité ou sur les vaisseaux en les faisant se contracter. Or, l'alcool à dose thérapeutique accélère la circulation au lieu de faire contracter les vaisseaux. En effet, à la partie supérieure du corps notamment, il y a augmentation de chaleur, de circulation, rougeur, congestion; donc l'alcool semble être le contraire d'un hémostatique. Toutefois, il faut se rappeler que l'excitation alcoolique comporte différentes périodes.

---

l'urgence (amputation du col utérin, caustiques sur des cancers inopérables, etc.); pansements quotidiens prolongés non sans arrière-pensée; médication nécessitant le séjour du malade à Paris, et à côté de cela la question financière, toujours traitée avec une sûreté de vue incomparable. Tantôt le chiffre des honoraires est fixé d'avance. D'avance il est déposé. Tantôt on en donne la moitié avant le traitement; la seconde moitié ne sera exigible qu'après la cure, si l'on est content; or, on doit l'être toujours. Les plus habiles, quand ils ont affaire à un certain monde dont la naïveté est un des apanages, mettent de leur côté toutes les apparences de l'honorabilité; mais ils ont donné des soins si particuliers, si exceptionnels, qu'on ne saurait leur contester le chiffre de leurs honoraires. Et puis, ils font un si bon usage de leur fortune! Ne sont-ils pas présidents de quelque Société humanitaire, dont ils ont plus d'une fois entretenu leurs clients attendris.

Je n'entrerai pas dans de plus grands développements sur ce triste sujet. Je n'aurais rien à vous dire que vous ne sachiez parfaitement. En présence de faits aussi scandaleux, aussi blessants pour l'honneur et la dignité de notre profession, ne devons-nous pas nous demander s'il n'est pas nécessaire de mettre une digue à ce charlatanisme qui se développe et grandit chaque jour sous l'influence de besoins surexcités et d'appétits insatiables? Aujourd'hui tous les crimes inspirent l'indulgence; toutes les lâchetés s'abritent derrière une excuse; toutes les défaillances trouvent une explication. Suivrons-nous ce courant d'idées fatal qui, énervant les sociétés, amène leur dissolution? N'aurons-nous pas l'énergie de dire à ces hommes qui salissent le noble titre de médecin : Retirez-vous, vous n'êtes plus des nôtres, nous ne voulons plus avoir rien de commun avec vous?

Ces considérations, Messieurs, m'amènent naturellement à vous demander s'il n'y aurait pas lieu de créer au sein de l'Association un conseil de discipline qui connaîtrait des faits con-

Dans la deuxième, qui correspond à la dose thérapeutique dont nous venons de parler, il y a augmentation de circulation à l'extérieur; les vaisseaux sont congestionnés et dilatés; par conséquent il y a réfrigération à l'intérieur.

A la troisième période (d'intoxication), on observe des phénomènes opposés : la contraction des vaisseaux et l'augmentation de la température intérieure. Il y a donc un moment où l'alcool peut agir en contractant les vaisseaux et en produisant une véritable hémostasie. Mais alors il faut arriver d'emblée à la troisième période, et, dans le cas d'hémorrhagies utérines graves, puerpérales, il faut agir avec hardiesse.

Troisième action sur la température : la principale action de l'alcool, c'est son action antipyrétique; ceci nous ramène à la pneumonie.

Disons, auparavant, qu'on a appliqué l'alcool au traitement de toutes les fièvres, même des fièvres intermittentes. Il n'a jamais suffi pour les arrêter. Il est cependant bon dans certains symptômes, lorsque l'adynamie coïncide avec une fièvre intense, mais non lorsque l'adynamie se complique d'algidité. En somme, il ne saurait remplacer la quinine.

On l'a opposé à la fièvre typhoïde. M. le professeur Béhier l'emploie fréquemment dans ce cas, mais cette fièvre dure en général un mois, quelquefois davantage. Si l'on prétend obtenir par l'alcool la réfrigération, on sera donc obligé d'alcooliser le malade pendant cinq semaines! Cependant, l'alcool trouve dans la fièvre typhoïde des indications précises.

On a aussi préconisé l'alcool dans l'infection purulente. Plusieurs chirurgiens l'ont vanté comme tonique et antiseptique. D'autres ont nié ses effets. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il abaisse la température qui, dans la pyhémie, peut s'élever très-haut.

On s'en est servi dans les fièvres éruptives graves. A-t-il une puissance de réfrigération assez considérable pour faire tomber la fièvre, et avec elle les phénomènes de dépression et d'excitation qui en sont la conséquence? Une des grandes causes de l'adynamie, de la malignité dans les fièvres, c'est l'élévation de la température, c'est l'énorme intensité de la fièvre. L'alcool serait donc utile, mais l'hydrothérapie est bien plus efficace, par exemple, dans la scarlatine maligne.

Il n'en est pas de même dans la pneumonie. Mais l'alcool vaut-il mieux ou moins que les autres médicaments? Nous allons en juger :

Il est admirablement supporté, bien que le malade soit déjà excité par la fièvre.

---

traires à l'honneur professionnel et aurait à se prononcer sur eux en prenant modèle sur les conseils semblables qui existent pour le barreau et qui ne sont pas sans influence sur l'honorabilité de la corporation des avocats. Je ne me dissimule pas les objections que l'on peut faire à cette proposition, les difficutés qu'elle soulève; elles ne sont cependant pas insurmontables; et si un jour nos législateurs s'occupent de nous, il faudrait demander à la nouvelle loi pour les décisions prises par ces conseils de discipline, une sanction sans laquelle elles seraient complétement illusoires.

La proposition que je viens d'avoir l'honneur de vous soumettre a des précédents dans l'histoire de notre profession, et, sans entrer dans des détails rétrospectifs sur ce sujet, qu'il me soit permis de terminer par quelques lignes saisissantes que j'emprunte au docteur A. Latour :

« Qu'est devenue cette ancienne Faculté de Paris, dont notre collaborateur A. Chereau « nous disait naguère ici-même la sollicitude et la vigilance! Avec quelle ardeur elle accou- « rait au secours de celui de ses membres injustement accusé! Avec quelle impitoyable sévé- « rité elle expulsait de son sein celui qui avait failli à ses devoirs professionnels, et avec « quelle dignité, quelle solennité s'accomplissaient ces confraternels et rigoureux devoirs. » (UNION MÉDICALE, feuilleton du 10 août 1872.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Lannegrace (Jean-Justinien) est nommé aide d'anatomie près la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Marioge, dont la délégation expire à la fin de la présente année scolaire.

M. Lannegrace entrera en fonctions à dater du 1er novembre 1873, et y restera jusqu'au 1er novembre 1875.

Malgré l'administration de 60, 70, 80, 100 et même 150 grammes d'alcool, l'ivresse n'est pas produite; d'où vient cela? Notons d'abord que l'action de l'alcool est très-variable, suivant la température extérieure. Si on injecte de l'alcool à un lapin par une température froide, on empêche l'élimination par les urines et par la peau, ainsi que son évaporation par le poumon. Le lapin s'alcoolise très-rapidement. Si l'animal est, au contraire, dans un air chaud, l'élimination se fait très-rapidement et l'alcoolisme se produit avec lenteur.

C'est ce qui explique, nous l'avons déjà dit, les effets graves de l'alcoolisme dans les pays froids. En Russie, en Suède, dans l'Amérique du Nord, l'alcoolisme aigu ou chronique a des conséquences funestes. C'est pour cela que tant de nos soldats, qui buvaient de l'alcool, sont morts dans la campagne de 1812.

Pourquoi donc les Septentrionaux tiennent-ils à l'eau-de-vie? C'est qu'ils sont dupes d'une illusion. Ils croient que l'alcool les réchauffe. Ils éprouvent une sensation de chaleur agréable à l'estomac; mais cela ne va pas plus loin. A mesure que l'alcool pénètre dans le sang, l'individu se refroidit.

Fatigué par le travail ou la misère, pourquoi l'individu boit-il encore? C'est qu'il sent ses forces revenir sous l'influence de la boisson. En effet, l'alcool, tout en réfrigérant l'individu, soutient ses forces. La circulation est activée, et alors les déchets, produits de la fatigue musculaire, sont plus vite entraînés du muscle. Il faut tenir compte de ce soutien réel des forces par l'alcool.

Dans les pays chauds, en Italie, en Espagne, en Grèce, en Orient, les habitants ont peu de goût pour les boissons alcooliques (sauf les mahométans, peut-être, parce que le Coran le leur défend). Dans ces pays, on peut boire beaucoup sans se nuire autant qu'on le fait dans le Nord. Si l'habitant de Stockholm peut absorber 100, celui de Marseille pourra boire 500, car le Méridional élimine l'alcool par une circulation et une respiration plus actives. D'ailleurs, l'habitant du Midi n'éprouve pas le désir de se réchauffer. Il pourrait bien vouloir se réfrigérer par l'alcool; mais la réfrigération n'est qu'objective, elle ne se sent pas. S'il cherche à soutenir ses forces, parce qu'il travaille, il le peut avec moins d'inconvénients.

Le pneumonique est, en quelque sorte, dans un pays chaud intérieur. Pour arriver à l'ivresse, il lui faudrait une dose d'alcool qui serait excessive à l'état physiologique. Cl. Bernard a eu raison de dire que le sang est un milieu intérieur; or ce milieu marque 41° chez le pneumonique.

On appelle cela de la tolérance! C'est une très-mauvaise expression; c'est le contraire : l'alcool ne produit pas, dans ce cas, *ses effets habituels sur l'organisme*.

(*A suivre.*) Dr Maximin LEGRAND.

BIBLIOTHÈQUE

GUIDE MÉDICAL AUX EAUX DE NÉRIS, par M. le docteur BONNET DE MALHERBE, médecin inspecteur des eaux de Néris.

Ce petit livre contient tout ce qu'on peut être intéressé à connaître des thermes de Néris, soit que, médecin, on ait des malades à y envoyer, soit que, malade, on ait à y faire une cure par ordonnance de médecin. L'auteur pousse même la galanterie envers le lecteur jusqu'à lui faire l'histoire de Néris ancien, avant, pendant et après l'occupation romaine. Il nous apprend que le nom de Néris lui viendrait, non pas comme on l'a cru, de Néron, qui aurait été le fondateur de ces thermes célèbres, mais d'une divinité locale, sous l'invocation de laquelle ces thermes auraient été placés. On a trouvé, en effet, inscrite sur les portiques de l'établissement ancien, cette dédicace : *Deo Nerio*, au *Dieu de Néris*. Ainsi, de tout temps, l'imagination populaire s'est ingéniée à chercher des causes surnaturelles à des effets naturels.

Après nous avoir raconté Néris ancien, l'auteur nous peint Néris nouveau, et nous retrace l'histoire du développement et des progrès successifs de ces thermes, depuis le siècle de Louis XIV jusqu'à nos jours. Chemin faisant, il signale quelques *desiderata*, émet quelques critiques sur l'installation balnéaire, et décrit en quelques mots la topographie, le climat et le sol de Néris.

La température des sources thermales de Néris, d'après les constatations les plus récentes, est de 53° C. Ces eaux sont très limpides, à peu près sans odeur ni saveur, douces et comme

savonneuses au toucher, d'une densité presque identique à celle de l'eau distillée, indice de leur faible minéralisation démontrée par l'analyse chimique. Il convient d'ajouter, toutefois, que d'après une analyse faite par M. de Gouvenain, l'eau de Néris contiendrait une certaine quantité de *fluor*. M. Bonnet de Malherbe pense que certains effets des eaux de Néris pourraient bien être dus à la présence des fluorures. C'est ainsi que déjà MM. Nicklès et Rabuteau ont cherché à expliquer, par la présence des fluorures, l'efficacité de certaines eaux minérales peu riches en principes chimiques, comme ceux de Plombières, qui ont tant d'analogie avec les eaux de Néris. Quoi qu'il en soit, les eaux de Néris, d'une haute température, sont peu minéralisées et doivent être rangées, d'après M. Rotureau, dans la classe des eaux *hyperthermales* et *amétallites*.

Viennent ensuite d'intéressants détails sur les *conferves* des eaux de Néris et leur action thérapeutique un peu exagérée, suivant M. Bonnet de Malherbe; sur les divers modes d'administration de ces eaux, en boissons, en bains, en douches, en vapeurs; leur action physiologique excitante d'abord, puis sédative; les considérations les plus importantes concernant les applications thérapeutiques des eaux de Néris au rhumatisme articulaire et musculaire, à certaines formes de goutte; aux névralgies, principalement aux névralgies faciales et sciatiques; aux névroses, telles que l'hystérie, l'hypochondrie, la catalepsie, la chorée, le nervosisme; aux affections utérines subinflammatoires et compliquées d'accidents nerveux; enfin, à certaines maladies de la peau, telles que l'eczéma, le prurigo, la dermalgie (arthritis nerveuse de Bazin).

L'auteur fait connaître le mode d'application des eaux de Néris à chacune de ces formes morbides, pour lesquelles elles remplacent avantageusement les eaux d'Allemagne, telles que Wildbad, Schlargenbad, Gastein, etc.

Un dernier chapitre intitulé : *Le malade et le médecin à Néris* contient, sous la forme d'une causerie familière, des renseignements sur les distractions que l'on trouve à Néris, les salons, le casino, les promenades, les hôtels. L'auteur croit devoir, en terminant, donner quelques conseils sur le choix d'un médecin et exposer son opinion sur la question si délicate des rapports du médecin avec les malades et surtout avec la plus belle moitié de la clientèle thermo-minérale.

Malades et médecins tireront certainement profit de la lecture du petit livre de M. Bonnet de Malherbe. — Dr A. T.

ANNUARIO DELLE SCIENZE MEDICHE. Résumé des plus importantes publications de l'année, par les docteurs P. Schivardi et G. Pini. Un volume in-32 de 460 pages, avec planches. Milan, Rome, Naples et Palerme ; 1873.

Cette troisième année annonce un succès croissant de cette utile publication provoquée par notre *Dictionnaire annuel des progrès des sciences et des institutions médicales*. L'édition est de 5,000 exemplaires, au prix modique de 3 francs. L'éditeur a compris que pour ce petit livre annuel, le bon marché était, comme pour nos almanachs, une condition de succès. Il est vrai que la facture laisse toujours à désirer, quoique les fautes typographiques, les erreurs, les coquilles y soient bien moins nombreuses. La correction en est mieux faite, et nous nous applaudissons d'avoir appelé l'année dernière l'attention des auteurs à cet égard. Il est choquant de voir estropiés des noms connus universellement ou de voir leurs travaux confondus avec ceux de leurs homonymes. Aussi distinguerons-nous soigneusement à l'avenir ceux des deux professeurs Corradi, en profitant de leur remarque.

L'année 1872 est beaucoup plus complète que les précédentes. Un bien plus grand nombre de travaux et de livres nationaux et étrangers y sont indiqués, analysés, commentés. Elle se distingue surtout comme année médicale italienne. C'est son mérite principal. Si l'on considère l'isolement dans lequel sont les Universités, les Académies, Sociétés, hôpitaux des différentes provinces italiennes et les travaux qui en émanent, cet Annuaire rend un véritable service à la littérature médicale italienne en les réunissant tous, en leur servant de centre et de trait d'union. Il ne faudrait pas répondre toujours de leur intérêt et de leur nouveauté, mais, du moins, l'on peut choisir.

Sous ce rapport, nos collègues de l'*Annuario* ne se sont pas inspirés de la condition absolue que nous fait le titre même de notre publication le *Progrès*, pour nous reprocher de ne pas avoir signalé la leur en 1872. Sa nouveauté, en 1870, l'exigeait, et nous n'y avons pas manqué. Quant à l'omission d'autres travaux italiens, elle n'est pas plus méritée. Le *Vagino-utéro-scope* de M. Verardini n'est qu'une très-légère modification, sinon une copie, de celui de Routh, signalé dès 1864. Le traitement du *diabète* de M. Cantani a été relaté en 1870. L'inefficacité absolue du *Condurango* a été assez sévèrement jugée pour ne pas relater *in extenso* toutes les pièces de ce scandaleux procès. Les progrès de l'*Ovariotomie*, en Italie et ailleurs,

ont été suffisamment indiqués pour que l'omission des derniers faits soit importante et mérite un reproche. Ce serait le contraire des résultats obtenus avec la *Propylamine*, si nous n'avions cru devoir les réserver comme pouvant figurer plus utilement en 1873 avec ceux obtenus en France. Voilà nos raisons. Ce n'est pas une vaine compilation que nous édifions, mais un choix des innovations utiles et pratiques dans les sciences et les institutions médicales. Que nos confrères italiens y pensent.

P. GARNIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 juillet 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire de la 34e livraison de la *Carte de France*, dressée par l'état-major.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Vibert, médecin au Puy (Haute-Loire), accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, dont le dépôt est accepté.

2° Une lettre de M. E. Ferray, pharmacien à Évreux, également relative au dépôt d'un pli cacheté. (Accepté.)

3° Une note de M. C. Husson fils, pharmacien à Toul, sur les *Propriétés chimiques de l'hématoglobuline iodée*. (Com. MM. Béclard, Hérard et Chatin.)

4° Une observation de *portion d'intestin rendu dans une selle*, adressée par M. le docteur Demarquette, médecin à Henin-Liétard (Pas-de-Calais).

5° Des lettres de remerciements adressées par divers lauréats de l'Académie.

6° Une lettre du département militaire fédéral suisse qui, en réponse à une lettre de M. le Président de l'Académie de médecine de Paris, transmet la teneur des règlements et ordonnances régissant en Suisse le service de santé de l'armée.

—

M. GUBLER présente, de la part de M. le docteur Rabuteau, le premier fascicule d'un ouvrage intitulé : *Éléments de toxicologie et de médecine légale appliquée à l'empoisonnement.*

M. GUENEAU DE MUSSY présente : 1° de la part de M. le docteur Choussy, une *Étude médicale sur l'eau de la Bourboule*; — 2° de la part de M. le docteur Labadie-Lagrave, une brochure intitulée : *Des complications cardiaques du croup et de la diphthérie.*

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la *réorganisation du service de santé militaire.*

—

M. LEGOUEST, répondant aux objections qui ont été présentées par les adversaires du projet de loi sur la réorganisation du service de santé de l'armée, dit que la dignité de la pharmacie n'est pas atteinte par ce projet. Rien n'est changé dans l'état militaire des pharmaciens. Les articles 4 et 6 garantissent aux pharmaciens l'assimilation actuellement existante de leur propre hiérarchie à la hiérarchie militaire, et un échelonnement identique de leurs grades avec ceux des médecins jusqu'à celui d'inspecteur général exclusivement. Si ce grade n'a pas été donné à la pharmacie, c'est parce que le Conseil de santé de l'armée devant être composé de quatre médecins, d'un pharmacien et d'un économe, et devant être présidé par le plus ancien de ses membres, il eût pu se faire que la présidence échût au pharmacien ou à l'officier comptable, contrairement à l'économie du projet, attribuant à la médecine la direction générale du service.

Si, depuis 1792, un parallélisme complet de grades et de situation a toujours existé entre les médecins et les pharmaciens d'armée, il n'est pas moins vrai que, depuis cette époque, toutes les fois qu'il a été question d'apporter quelque changement à l'organisation du corps de santé militaire, le parallélisme a été attaqué.

L'orateur énumère à l'appui les divers projets de loi qui ont été proposés depuis 1810 jusqu'en 1852 pour l'organisation du service de santé militaire, et montre qu'ils viennent se fondre dans le projet actuel qui, encore une fois, ne lèse en aucune manière la dignité ni les intérêts de la pharmacie. Au contraire, il la maintient en possession de ses grades, de ses conditions d'avancement, de ses prestations en argent et en nature; il lui donne la direction et l'exécution de son service.

Personne, parmi les médecins militaires, ne songe à méconnaître les services rendus par les pharmaciens, et, en particulier, par M. Poggiale.

On dit que si la pharmacie est subordonnée à la médecine, il n'y aura plus de chimistes! Et pourquoi donc? La médecine étoufferait-elle les germes scientifiques, et l'intendance, au contraire, aurait-elle le privilége de les vivifier?

On n'aurait plus, dit-on encore, de pharmaciens! Cela n'est point à craindre; un grand nombre d'élèves en pharmacie préféreront toujours au stage, qui les met à peine au-dessus des garçons de laboratoire, dans une officine civile, les appointements et la situation que leur offre la pharmacie militaire.

Ce n'est pas pour satisfaire un vain amour-propre que la médecine militaire demande son autonomie, mais au nom des intérêts de l'armée compromis par le système actuel.

La guerre de la sécession, en Amérique, a montré l'excellence de l'autonomie du service de santé militaire. Les campagnes de 1854 à 1856, en Orient, de 1859, en Italie, nos désastres de 1870, ont prouvé surabondamment l'insuffisance du service de santé militaire dirigé par l'administration. Sans cesse nous voyons en Orient, en Italie, partout, l'intendance paralyser les efforts de médecins en chefs tels que Michel Lévy, Baudens, M. Larrey, etc., qui s'épuisaient en vain pour assurer la bonne exécution du service.

Les règlements administratifs que M. Poggiale présente comme un modèle, sont, aux yeux de M. Legouest, une œuvre pharisaïque. Sous prétexte de ménager au médecin tout autre souci que celui de la science, ils le réduisent à l'impuissance la plus absolue. Personnel médical, pharmaceutique et administratif, infirmiers, bâtiments et locaux, matériel, traitement des malades, visites et prescriptions, salubrité et propreté, chauffage et éclairage, régime alimentaire, régime curatif, tout est sous la direction, sous la police et sous la surveillance des officiers de l'intendance.

Le rôle des médecins consiste à traiter les malades qui leur sont confiés dans des conditions que l'intendance seule sait, doit et peut régler.

L'orateur prouve son dire en citant des extraits de l'instruction ministérielle du 12 août 1862 et de celle du 14 juin 1873, sur les inspections administratives.

L'inspection divisionnaire (faite chaque année par l'intendant divisionnaire) a pour objet « tout ce qui se rattache aux soins à donner aux malades, au service intérieur des salles, au *régime curatif* et au *régime alimentaire, à la salubrité*, à la propreté. »

L'intendant rappelle aux médecins militaires les dispositions réglementaires qui doivent les diriger dans le traitement des maladies.

Il recommande qu'on se conforme aux dispositions relatives à la vaccine des militaires et aux mesures ordonnées pour arrêter les progrès des maladies syphilitiques ou psoriques..... *Il s'assure que les diverses catégories de malades ne sont pas confondues dans des salles communes..... Que les hommes atteints de maladies contagieuses* ou de plaies purulentes sont isolés..... Qu'il y a dans chaque hôpital une salle spéciale pour les ophthalmies, et qu'*elle est convenablement disposée, par l'obscurité de la couleur des murs et des rideaux, pour le traitement de cette maladie.....*

« L'intendant visite la pharmacie et s'y livre à des investigations analogues à celles auxquelles il s'est livré dans les salles de malades. »

Dans les infirmeries régimentaires, l'intendant inspecteur se fait produire le registre tenu par le médecin du corps (consommation des médicaments)..... Il en vérifie minutieusement les inscriptions en les comparant au nombre des malades reçus dans l'infirmerie du corps, et, *au besoin, à la nature des affections dont ils sont atteints.* » (Circulaire de 1873.)

Si l'on ajoute que l'intendance tient en grande partie dans sa main l'avancement et la position des médecins et des pharmaciens de l'armée, on a le tableau complet de l'état actuel des choses. Il y a là une cause de démoralisation du corps de santé militaire, l'énervement de sa hiérarchie par une autorité collatérale, l'entrave du service, le soupçon planant sur tout et sur tous, le déplacement des responsabilités, l'incompétence érigée en institution, au grand détriment des malades et des blessés.

M. Legouest répond aux deux arguments de M. Poggiale, savoir : 1° que les médecins sont incapables d'administrer; 2° qu'ils veulent administrer sans encourir de responsabilité. Il pense que les médecins, ayant l'initiative, acquerront les aptitudes qui leur font aujourd'hui défaut, comme on l'a vu dans les armées américaines, pendant la guerre de la sécession, et, en Orient, dans l'armée anglaise.

Le Corps médical français montre, dans les directions administratives qui lui sont confiées, des aptitudes comparables à celles de n'importe quel corps médical étranger. Les médecins, d'ailleurs, administreront avec un conseil d'administration, et encourront naturellement la responsabilité qui incombe à tous les membres d'un pareil conseil.

L'orateur combat le système de la double autonomie médicale et pharmaceutique, qui reproduirait le parallélisme existant aujourd'hui sous l'autorité de l'intendance, avec cette aggravation que l'indépendance l'une de l'autre des deux sections du corps de santé, étant

plus complète encore, créerait nécessairement des difficultés de service, éveillerait des susceptibilités, susciterait des conflits que, seule, l'unité de direction peut conjurer.

Si le corps de santé militaire doit être mis en possession de son autonomie, il faut nécessairement que l'une des deux sections qui le composent soit supérieure à l'autre, dût la médecine être subordonnée à la pharmacie.

Le principe de la subordination de la pharmacie à la médecine existe dans notre marine militaire; il fonctionne sans froissements d'amour-propre, sans conflits, avec toute la régularité désirable. Pourquoi s'étonner qu'il en fût de même dans l'armée de terre? N'est-il pas étonnant, au contraire, que l'on n'ait pas encore appliqué à l'une le système dont l'autre n'a qu'à se louer?

« En résumé, depuis près d'un siècle, le parallélisme de la médecine et de la pharmacie a toujours été mis en question quand l'organisation du service de santé militaire a été remanié, alors même que les projets officiels d'organisation n'impliquaient pas l'autonomie du service.

Le projet d'organisation élaboré par la troisième sous-commission de l'Assemblée nationale établit l'autonomie du service de santé; il est fondé sur l'expérience des dernières guerres contemporaines, qui ont fait ressortir l'infériorité du système actuellement en vigueur dans notre armée, et la supériorité du système adopté par les armées étrangères.

Les principes généraux de discipline et de subordination militaires exigeant l'unité d'autorité et de commandement, ce projet n'admet pas le parallélisme et l'indépendance l'une de l'autre des deux sections du corps de santé, non plus que leur double autonomie.

L'une des deux sections devant être supérieure à l'autre, c'est à la médecine que le projet attribue la supériorité, tout en conservant à la pharmacie sa hiérarchie, son assimilation, ses conditions d'avancement, ses prestations de toute nature, et ses diverses attributions dans son propre service.

Il n'y a pas lieu de croire que cette mesure, dont l'analogue existe dans la marine de l'État, compromette ni le recrutement, ni la valeur du personnel, ni l'exécution du service pharmaceutique de l'armée.

Enfin, la pharmacie militaire ne peut avoir raison contre tout le monde. » (Applaudissements.)

M. Fauvel déclare qu'il est aussi convaincu que l'est la commission de la nécessité de donner au service de santé de l'armée une constitution autonomique sous la responsabilité d'un chef pris dans son sein; c'est-à-dire que ce service doit être constitué en corps spécial ayant une compétence exclusive dans toutes les questions qui touchent à la santé de l'armée.

Il affirme que cette condition remonte chez lui à la guerre d'Orient, où, pendant plus de deux ans, il lui a été donné d'observer de près le fonctionnement du service de santé, dirigé alors, comme aujourd'hui, par l'intendance militaire, et d'en signaler, pour ainsi dire jour par jour, les funestes conséquences.

Rappelant ses rapports personnels avec Michel Lévy, il dit qu'il a vu ce puissant esprit, bien qu'investi du titre exceptionnel de directeur du service de santé, titre qui lui donnait le droit de correspondre sans intermédiaire avec le général en chef et le ministre, s'épuiser en luttes incessantes pour obtenir de l'administration ce qu'il jugeait nécessaire, et malgré l'autorité de sa personne, la crainte qu'inspiraient les éclats de son indignation, rester souvent impuissant contre des obstacles qui paraissaient dérisoires.

Après son départ, l'intendance reprit la direction du service de santé, au grand détriment de l'armée.

Après la guerre de Crimée, l'intendance, violemment attaquée par son insuffisance, garda le silence; elle laissa passer l'orage, et, peu à peu, reprit toute son influence.

M. Fauvel craint qu'il en soit de même encore cette fois. Il reproche au rapport de la commission de n'avoir pas précisé ce qu'il faut entendre par l'autonomie du corps de santé militaire; il craint que la commission, séduite par le mot, ne laisse échapper la chose. Il faudrait donc préciser ce que l'on veut, quelles sont les attributions nouvelles que réclame le corps de santé : sans quoi l'intendance, qui ne souffle mot aujourd'hui, ne manquerait pas de reprendre, suivant son habitude, l'influence qu'elle a perdue.

A ce point de vue, M. Fauvel regrette la scission qui s'est opérée entre les médecins et les pharmaciens militaires. Cette question de rivalité entre eux est le plus grand *impedimentum* à la situation favorable de la question qui intéresse ces deux sections du corps de santé. Il pense qu'il y a lieu de concilier les intérêts des deux parties. Il pense que la subordination de la pharmacie à la médecine n'est nullement nécessaire, et que, si cette subordination doit avoir lieu, elle n'a pas besoin d'être inscrite dans un projet de loi, mais qu'elle se fera naturellement, par la force des choses, le pharmacien ne pouvant faire autre chose que d'exécuter les prescriptions médicales. C'est le service qui est subordonné, et non pas nécessairement la spécialité ni l'homme.

Comme conséquence de toutes les considérations auxquelles il s'est livré, M. Fauvel demande à l'Académie de décider que la commission tout entière, telle qu'elle était composée primitivement, se réunisse de nouveau à l'effet de combler, si elle le juge convenable, par un rapport complémentaire, les importantes lacunes qu'il a signalées dans le travail soumis présentement à la discussion.

Cette demande est d'autant mieux fondée que la commission aura tout le temps nécessaire à un tel travail, puisque la loi qui doit régler les attributions du service de santé ne peut plus être soumise à l'Assemblée avant la fin de cette année.

Au nom du bien public, M. Fauvel supplie ses honorables collègues de la pharmacie de vouloir bien adhérer à cette œuvre de conciliation patriotique.

M. Béhier déplore comme M. Fauvel la malheureuse scission qui s'est produite entre la médecine et la pharmacie militaires; elles devraient, au contraire, se liguer contre l'ennemi commun, l'intendance, pour lui porter un coup décisif dont elle ne se relève plus.

M. Béhier déclare, en terminant, qu'il se range à l'avis de M. Legouest et pense que l'Académie ne peut rien faire de mieux que de s'en tenir au discours si judicieux et si péremptoire de cet orateur.

M. Larrey a été frappé des considérations intéressantes développées dans le discours de M. Fauvel; mais la première partie de ce discours, à son avis, était un peu en dehors de la question; quant à la seconde, il est regrettable que M. Fauvel ait parlé après M. Legouest, car le discours de M. Legouest avait donné tous les éclaircissements désirables, et répondu d'avance aux *desiderata* signalés par M. Fauvel.

M. Larrey pense que l'Académie est suffisamment éclairée et que la clôture de la discussion pourrait être prononcée dès maintenant.

M. le Président fait observer qu'il y a encore neuf orateurs inscrits, et à leur tête M. Dumas. Il pense donc qu'il conviendrait de renvoyer la discussion à mardi prochain. (Assentiment.)

— La séance est levée à cinq heures et quart.

FORMULAIRE

Administration de la viande crue aux phthisiques. — Jaccoud.

On prend du filet de bœuf débarrassé de toute parcelle fibreuse, on le réduit en pulpe, et on mêle cette pulpe avec de l'eau-de-vie, du rhum ou du whisky, de manière à obtenir une pâte demi-molle, à laquelle le malade ajoute, selon son goût, du sel ou du sucre, et qu'il prend par cuillerées dans la journée.

Cette préparation est beaucoup mieux tolérée que le mélange de viande crue et de gelée de groseilles. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 22 Juillet 1422.

On fait un procès à Jean de Domrémy, qui pratique illicitement la médecine à Paris. (Reg. de la Faculté, t. I, p. 260.) — A. Ch.

24 Juillet 1780.

Pierre-Louis-Marie Maloët, professeur de chirurgie et de matière médicale, médecin de la Charité, médecin de Mmes Adélaïde et Victoire, porté plus tard sur la liste des émigrés, reçoit de Louis XVI un brevet de conseiller d'État. (*Arch. gén.*, O. 122; p. 414 et 415.) — A. Ch.

Société médicale des hôpitaux (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises.*) — *Ordre du jour de la séance du vendredi* 25 *juillet* 1873 : Suite de la discussion sur l'expectoration albumineuse survenant après la thoracentèse. Résumé et réplique, par M. Féréol. — Communications diverses. — Scrutin sur la candidature de M. le docteur A. Lagout au titre de membre correspondant.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera, lundi, 28 juillet, à 9 heures 1/2, rue Rossini, n° 20, des conférences cliniques sur les affections chirurgicales (*Tumeurs et maladies des yeux,*) et les continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

REVUE CLINIQUE CHIRURGICALE

SOMMAIRE. — Deux exemples de plaies du genou. — Luxation coxo-fémorale (variété ovalaire). — Sarcome mélanique de la caroncule lacrymale droite : sixième récidive.

Plaies péri-articulaires du genou. — 1° L'un de ces deux exemples (observés à la Pitié) nous montre la difficulté d'établir le diagnostic de la pénétration et l'insuccès du pansement ouaté (si excellent en maintes circonstances), lorsque, *malgré l'élévation du pouls et celle de la température, et malgré l'apparition de l'engorgement ganglionnaire de l'aine*, on ne prend pas soin de l'enlever immédiatement pour surveiller les accidents inflammatoires dont le membre peut être le siége.

Un homme de 55 ans est renversé par la roue de son camion qui froisse violemment la face interne du genou droit; la plaie contuse fort large qui en résulte est nettoyée à l'hôpital et débarrassée des corps étrangers qui la recouvrent; le doigt, explorant avec précaution, ne constate ni décollement considérable ni dénudation osseuse; le liquide sanguinolent qui s'écoule en peu d'abondance de cette solution de continuité n'est pas filant et par conséquent ne paraît point mêlé à de la synovie. M. Verneuil tenta la conservation et appliqua le pansement ouaté qui n'amena aucune sédation dans les souffrances du malade. — Dès le troisième jour, le thermomètre accusa 38°, puis 39°, mais cette élévation de la température fut mise sur le compte d'une fièvre traumatique précoce. Le septième jour, l'engorgement des ganglions inguinaux et la température de 40° firent penser à une poussée de lymphangite, mais ce ne fut que le lendemain, sur les prières du blessé, que l'appareil ouaté fut retiré et qu'il fut permis de constater une rougeur avec gonflement œdémateux énorme depuis le pied jusqu'à l'aine droite. Au centre de ce vaste phlegmon diffus commençant, le genou était fortement tuméfié, et la pression exercée au niveau du cul-de-sac synovial faisait suinter facilement du pus par la partie inférieure de la plaie; ce symptôme établissait suffisamment le diagnostic de la pénétration; la plaie avait-elle été pénétrante dès le début ou ne l'était-elle devenue qu'à la suite de la chute d'eschares qui commençaient à se détacher? C'était là un point bien difficile à préciser; le doigt, en outre, put sentir la dénudation du condyle interne du fémur. L'issue fut fatale, malgré les larges débridements qu'on se hâta de pratiquer sur tout le long du membre inférieur.

Nous avons rapporté ici ce malheureux fait, parce que nous pensons qu'en chirurgie

FEUILLETON

CAUSERIES

Ne me demandez rien de nouveau, car je n'ai absolument rien de nouveau à vous dire. Toute l'attention se concentre actuellement sur la discussion pendante à l'Académie de médecine, à notre *Forum* médical, à notre Parlement, à notre Assemblée nationale, où nous avons des séances aussi agitées et presque aussi tumultueuses qu'à l'Assemblée de Versailles. Cependant, jusqu'ici, le Président n'a pas eu l'occasion de se couvrir et de suspendre la séance. Mais, avec l'animation qui règne et qui ne fait que s'accroître, on peut conseiller à M. le président Depaul de ne pas trop éloigner son chapeau de sa personne.

Il s'en est fallu de peu, l'autre jour, que la paisible enceinte de la rue des Saints-Pères ne se transformât en l'orageuse Assemblée du théâtre du grand roi. Mouvement, agitation, murmures, exclamations, interruptions, toutes ces expressions des comptes rendus parlementaires, nos rédacteurs des journaux de médecine auraient pu les employer aussi dans le récit de nos séances académiques (récit, — mes honorables collègues me permettront-ils de le leur dire? — que je ne trouve pas toujours assez dramatisé. Il arrive quelquefois que le premier-Paris des journaux donne une impression de la séance que le compte rendu ne justifie pas; ceci soit dit par occasion et sans aucune intention critique).

Les orateurs se succèdent à la tribune, mais non pas dans l'ordre habituellement suivi dans les discussions. Trois membres ont pris successivement la parole dans le même sens, c'est-à-dire contre le rapport, MM. Bussy, Poggiale et Boudet; un seul orateur a jusqu'ici défendu le

les revers doivent être connus et publiés au moins autant que les succès, et que, du reste, M. Verneuil dans une de ses cliniques, a consciencieusement présenté aux élèves cet exemple comme étant pour eux d'un enseignement très-utile. Le professeur a mis en parallèle avec ce malade un second du même genre qui avait présenté également une plaie péri-articulaire du genou et chez lequel, la température s'étant élevée, on put, en supprimant le pansement ouaté, faire disparaître toute trace d'inflammation.

2° Le second malade nous fait voir le danger qu'il y a à ouvrir les poches sanguines récentes qui ne sont pas encore arrivées à la période de suppuration.

Un homme tombe sur le genou droit et il se produit en quelques heures un *épanchement sanguin dans la bourse pré-rotulienne*. Inquiet de cette tuméfaction qui n'était pourtant le siége d'aucune douleur, le malade se fait lui-même avec la pointe d'un canif, au centre de la bosse, une piqûre qui donne issue à un peu de sang, et il n'en continue pas moins à travailler toute la journée. Le lendemain, la douleur et le gonflement du genou, accompagnés d'un malaise général, le forcent à entrer à l'hôpital, et nous constatons tout autour de la ponction une rougeur érythémateuse se prolongeant sur la cuisse et la jambe, avec œdème de tout le membre inférieur. Le repos et les applications résolutives suffirent au bout de quelques jours à conjurer cette menace de phlegmon diffus.

Luxation coxo-fémorale gauche (variété ovalaire). — La luxation de la cuisse en dedans (Hippocrate), ou ischio-pubienne (des auteurs modernes) est des plus rares, sinon la plus rare; aussi nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion d'en faire connaître une qui vient d'être réduite tout récemment par M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis. Un garçon couvreur de 17 ans, montait à l'échelle, transportant des voliges sur le dos; le pied lui manque, et le malheureux tombe sur un toit placé un peu plus bas, puis de là rebondit par terre. Il ne se souvient point dans quelle position se trouvait le membre inférieur au moment de sa chute. L'attitude du membre abdominal (abduction forcée et rotation en dehors, flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse) pouvait déjà à elle seule faire diagnostiquer le déplacement de la tête fémorale en dedans, ce qui, du reste, était mis hors de doute par les signes suivants : aplatissement de la fesse et de la face antérieure de la cuisse, gouttière externe très-prononcée située entre la racine de la cuisse et la crête iliaque, forte tension des muscles adducteurs qui, en haut et en dedans, sont soulevés par la tête dont la saillie au devant du périnée est évidente à la vue

---

rapport, M. Legouest, le discours de M. Fauvel étant pour et contre le rapport, dont il demande le renvoi à la commission, pour qu'elle le complète. Mais il est facile de voir qu'il y a dans l'Académie un courant d'opinions qui sera irrésistible, à moins que M. Dumas, qui a demandé la parole pour mardi prochain, ne vienne modifier les sentiments et les convictions de la généralité de ses collègues. Assurément le talent de parole et l'autorité qui s'attache à tout ce que dit l'illustre chimiste sont capables d'opérer ce miracle ; mais M. Dumas aura fort à faire, car l'animation est bien grande sur certains bancs de l'Académie, et jamais nous n'avions vu cette savante compagnie apporter tant de passion dans aucune discussion.

C'est égal, si l'on distribuait des billets pour les séances de l'Académie, ces billets feraient prime mardi prochain, tant sera grand l'empressement pour entendre M. Dumas.

Et comme surcroît d'intérêt, on s'attend aussi à une éloquente oraison de M. Chauffard, à une verte sortie de M. Béhier, sans compter les répliques des pharmaciens, sans compter surtout l'imprévu qui modifie quelquefois toutes les prévisions. Mais on n'entendra pas la voix vibrante et tranchante de M. Broca, car l'honorable rapporteur est allé demander à la naïade de Contrexeville le soulagement à quelques souffrances d'ailleurs sans conséquence.

Donc, si n'était cette animation académique, notre monde médical vivrait dans le calme le plus plat et le plus monotone. Je n'ai pas entendu dire que la visite du schah, ou du shah, ou du chah, ou du cshah, ait eu pour aucun de nos confrères le plus petit résultat. Pas le moindre ruban, pas la plus petite décoration du Lion ou du Soleil. Ce n'est pas, si je m'en rapporte à quelques mots échappés à un fonctionnaire de la cour de Téhéran, ce n'est pas que les demandes aient manqué. Mais, dans l'impossibilité de les recommander toutes et de se procurer des renseignements suffisants, ce fonctionnaire aurait fait une liasse de toutes ces suppliques qu'il se propose d'étudier à son aise et dans les loisirs que lui laisse l'excellente

et au toucher. Les mouvements provoqués sont extrêmement douloureux, l'adduction est impossible.

Le pronostic de cette variété de luxation ne laisse pas que d'être sérieux, même après la réduction opérée, puisque A. Richard (*Pratique journalière de chirurgie*, 1868) dit qu'un de ses malades était encore couché au bout de huit mois, après avoir présenté plusieurs abcès péri-articulaires; le même chirurgien ajoute que sur 11 cas observés par lui de luxation du fémur, trois malades étaient restés estropiés. Si la réduction ne peut être obtenue, le malade, comme Hippocrate l'a bien fait observer, chemine comme une moitié de cul-de-jatte, la cuisse et la jambe fortement éloignées du tronc; aussi le chirurgien doit-il faire tous ses efforts pour éviter une semblable difformité. — Comment réduire cette luxation qui est en quelque sorte le pendant de la luxation sous-coracoïdienne de l'humérus? Chez les bateleurs, qui dans le grand écart produisent souvent chez eux ce déplacement, la tête se replace d'elle-même dans la cavité cotyloïde lors de la contraction musculaire; mais il est loin d'en être de même chez les sujets étrangers à ce genre d'exercice. La première indication que doit remplir le chirurgien est de chercher à faire éprouver au membre luxé un double mouvement en sens inverse de celui qui a présidé au déplacement; ainsi, dans le cas que nous avons eu sous les yeux, comme le mécanisme par lequel s'était produite la luxation était un mouvement d'abduction forcée auquel avait fait suite immédiatement celui de rotation en dehors, on devait s'attacher à faire suivre à la tête la même voie parcourue, mais en sens opposé, à l'aide d'un double mouvement d'adduction et de rotation en dedans. C'est ce qui fut tenté séance tenante et avec succès.

Ce garçon étant chloroformisé, le bassin fut *fixé* par une alèse en cravate dont les deux extrémités étaient solidement maintenues sur le côté droit du malade; pour opérer la *contre-extension*, une seconde alèse, pliée également en cravate, faisait l'orifice d'une croupière embrassant l'aine droite et dont les deux chefs étaient tirés par des aides verticalement, c'est-à-dire parallèlement au tronc, et avec modération, de peur de fracturer le col du fémur sain. Pendant que d'autres aides opéraient l'*extension* et la *rotation en dedans* en agissant sur l'extrémité du membre, le chirurgien exerça des pressions sur la tête de dedans en dehors et légèrement de bas en haut, et la *coaptation* fut annoncée par le choc classique à la fois entendu et senti.

Une précaution excellente pour empêcher la luxation de se reproduire à nouveau,

---

santé de son sublime client. Ne désespérez donc pas tout à fait, vous tous qui n'avez encore rien reçu; ils vous arrivera peut-être ce qui m'arriva un jour à moi-même, à moi qui n'avais rien demandé.

Un jour donc, je reçus un petit billet d'un aimable confrère étranger et médecin d'une grande ambassade orientale à Paris. Ce charmant confrère m'annonçait dans ce billet qu'il avait demandé et obtenu pour moi je ne sais quelle décoration de je ne sais quel ordre, et dont il tenait les insignes à ma disposition. Plusieurs jours s'écoulèrent avant que je pusse aller en personne remercier mon confrère. Pendant ce temps, ce confrère tomba malade, et, quand je me présentai pour le voir, il était mort, et, de plus, enterré. Ce qu'il y a de piquant dans mon affaire, c'est qu'on ne retrouva ni le brevet ou firman, ni les insignes qui m'étaient destinés, m'avait dit mon aimable confrère, et qu'à l'ambassade on n'avait entendu parler de rien. Ce brave confrère avait voulu évidemment, — dans quel but? — me rendre victime d'une mystification, à moins que mon brevet et mes insignes n'aient profité à un plus pressé que moi, ce dont je n'ai jamais eu la curiosité de m'informer sérieusement.

C'est qu'il est des confrères pour qui le refus ou l'obtention d'une décoration est une question, disent-ils, de vie ou de mort. Je me rappellerai toujours, qu'attendant mon tour d'audience dans l'antichambre du directeur du personnel d'un ministère, sortit du cabinet de ce directeur un confrère très-animé, rouge comme un homard. En me voyant, ce directeur, dont j'avais l'honneur d'être connu, me prend par le bras et me fait entrer dans son cabinet, quoique ce ne fût pas mon tour.

— Connaissez-vous ce confrère qui sort d'ici? me dit-il avec anxiété.

— Parfaitement, répondis-je, c'est le docteur X...

et qui n'a point été employée dans le cas présent est, comme le conseille M. Chassaignac, d'unir les deux jambes l'une à l'autre, et de les maintenir immobiles à l'aide d'une bande roulée.

Sarcome mélanique de la caroncule lacrymale droite. Sixième récidive. — Nous avons rapporté dans notre revue clinique de l'UNION du 22 mars dernier un cas de sarcome mélanique qui en était à sa cinquième récidive et avait nécessité, afin que l'opération fût aussi radicale que possible, l'extirpation d'un globe oculaire qui, bien qu'enchâssé dans le produit morbide, n'avait pas été envahi par lui jusque dans sa profondeur. Tout en terminant notre article par cette citation empruntée à un auteur:.... *Il arrivera un moment où la rapidité du développement du cancer mélané se jouera de toutes les tentatives de la chirurgie...*, nous nous adressions cependant le reproche d'avoir été peut-être trop pessimiste et d'avoir porté au sujet de cet intéressant malade un pronostic d'une gravité exagérée.

Deux mois après l'opération, une toute petite tumeur de même nature et à peine grosse comme une lentille, fut de nouveau enlevée au niveau de la commissure externe des paupières; la plaie se cicatrisa promptement. Aujourd'hui, ce malade en porte trois autres, chacune de la grosseur d'un pois, l'une près de l'apophyse orbitaire externe, la seconde au niveau du ganglion pré-auriculaire droit; enfin la troisième siége dans un ganglion sous-maxillaire. Le mal s'est donc reproduit en quelques mois à peine et, s'étant complétement généralisé, se trouve à l'heure actuelle au-dessus de toute tentative chirurgicale.

Nos histologistes modernes auront beau baptiser ces sortes de tumeurs du mot de *sarcome*, elles n'en resteront pas moins toujours des tumeurs de la pire espèce, de véritables *cancers*, repullulant non-seulement sur place, comme on a eu, à un moment donné, bien grand tort de le croire, mais pouvant se généraliser et infecter l'économie tout entière au même titre que le squirrhe, l'encéphaloïde, etc.

Dr GILLETTE.

— Croirez-vous ce qu'il vient de me dire? C'est que si je ne lui fais pas avoir la croix au 1er mai prochain, il se brûlera la cervelle dans mon cabinet.

— Rassurez-vous, dis-je à ce directeur fort ému de cette menace; le docteur X..., croyez-le, n'a aucun penchant au suicide.

Et de fait, ce brave confrère ne se brûla pas la cervelle, quoiqu'il ratât la décoration cette fois-là; mais il l'obtint l'année suivante, et il mourut content et de mort naturelle.

Il n'est plus question du projet de loi sur les eaux minérales, qui a tant passionné les esprits il y a quelques mois. Ainsi se vérifie ma prévision, qui si fort irrita les féroces adversaires de l'inspectorat. Il est plus que probable que ce projet de loi est abandonné; la commission, en effet, ne s'est pas réunie depuis la sorte d'enquête qu'elle a provoquée.

Si je suis bien informé, M. le ministre actuel de l'instruction publique, appelé dans le sein de la commission du projet de loi sur les nouvelles Facultés de médecine, se serait montré peu favorable à cette création. Dans tous les cas, il se serait étonné de l'exclusion de la ville de Toulouse, et il aurait exposé, en faveur de ce centre intellectuel du Midi, la même opinion que nous avons nous-même exposée ici. Tous ceux qui connaissent le véritable état des choses partagent notre sentiment, et nous avons été heureux d'entendre l'affirmation de ces idées de la bouche de M. le professeur Gavarret, qui vient de faire une tournée d'inspection des Écoles préparatoires de Toulouse et de Bordeaux.

M. le ministre aurait insisté, et l'on sait combien nous lui donnons raison sur ce point, sur la nécessité de laisser vider la grande question de la liberté de l'enseignement supérieur avant d'entamer celle des Facultés provinciales. Un peu de logique, Messieurs les législateurs, un peu de logique!

Dr SIMPLICE.

SYPHILIOGRAPHIE

DES ARTHRITES SYPHILITIQUES (1);

Par le docteur E. Lancereaux, médecin des hôpitaux.

Les articulations sont, comme la peau, différemment affectées par la syphilis, suivant que cette maladie est à la période secondaire ou à la période tertiaire.

I. — Arthrite syphilitique secondaire.

Plusieurs auteurs, postérieurs ou même antérieurs à Astruc, avaient remarqué que la syphilis pouvait parfois porter ses effets sur certaines articulations; mais aucun d'eux, que je sache, n'avait eu l'idée qu'il pût y avoir quelque différence dans l'affection articulaire, suivant qu'elle coexistait avec les accidents secondaires ou tertiaires. Astruc n'aperçut pas non plus cette différence que Babington, l'un des premiers, sut reconnaître.

« Il se présente de temps en temps, quoique rarement, dit le commentateur de Hunter (2), des cas où l'inflammation de la membrane synoviale des articulations se manifeste en coïncidence avec des symptômes secondaires de caractère non douteux, augmente d'intensité pendant la période d'accroissement de ces symptômes et se dissipe aussitôt que l'éruption cutanée ou l'affection de la gorge est combattue avec succès par l'emploi du mercure. Dans les cas de cette espèce, l'inflammation synoviale se présente sous forme aiguë, et s'accompagne d'une douleur, d'une tension et d'une rougeur superficielle très-intenses, qui suffisent pour la faire distinguer de la forme lente et asthénique de la même affection que l'on observe fréquemment dans les cas de cachexie générale. » Des observations personnelles nous ont conduit à admettre la même distinction. Voici deux faits qui nous ont fourni, sur ce point, les éléments d'une conviction absolue :

Chancre, plaques muqueuses et roséole, arthropathies, grossesse.

La nommée B..., âgée de vingt-six ans, couturière, est enceinte de cinq mois environ. Deux mois après la dernière époque menstruelle, elle eut à l'anus d'abord un *seul bouton*, puis un autre, qui tous les deux prirent un volume assez considérable. Avant cette époque, elle dit n'avoir rien eu aux parties génitales (elle affirme n'avoir eu de rapports qu'avec un seul individu). Le 11 juillet 1864, au matin, elle s'aperçoit d'une éruption constituée par des taches érythémateuses. Elle consulte un médecin qui lui prescrit des pilules; et le 16 juillet elle est admise à l'Hôtel-Dieu. Le lendemain, 17, elle raconte que depuis le 9 juin elle se sent fatiguée, courbaturée. Elle ne peut rester assise. Elle éprouve des douleurs dans les jambes. « J'ai les bras, dit-elle, comme si l'on m'avait battue. » Malgré ce brisement général, pas de céphalée, mais deux plaques muqueuses sur chacune des grandes lèvres; tubercules muqueux à la partie externe des plis cruraux et à l'anus; rien à la gorge; sur toute la partie abdominale, taches nombreuses, légèrement saillantes, d'un jaune un peu cuivré, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes ou un peu moins larges; à peine quelques taches sur les jambes, quelques-unes sur les avant-bras. Absence d'adénopathies; quelques jours plus tard, un seul ganglion à la racine des cheveux en dehors de l'insertion du muscle trapèze. Douleurs dans un grand nombre de jointures. (Deux pilules de Dupuytren).

Le 27 juillet, les douleurs osseuses et articulaires n'ont subi aucune modification appréciable; les genoux, les articulations tibio-tarsiennes, les coudes, les articulations des doigts et le sternum sont tuméfiés, douloureux. La peau qui les recouvre est rouge sur quelques points, les mouvements sont douloureux, et la malade se trouve dans l'impossibilité de marcher; la douleur toutefois est moins vive que dans la plupart des affections rhumatismales. L'éruption persiste, les plaques muqueuses se modifient. Ganglions indurés dans les aines. Absence de fièvre. Du 28 au 30, l'état des articulations n'a pas changé. Douleurs ostéocopes plus vives la nuit que le jour. Roideur des jambes et des jointures. Insomnie. — Du 30 juillet au 3 août, légère amélioration du côté des plaques muqueuses; épanchement manifeste dans les articulations des genoux, rougeur légère de la peau au niveau de ces articulations.

(1) Cet article est extrait d'un ouvrage qui doit paraître très-prochainement chez M. Germer-Baillière.

(2) Hunter, *Œuvres complètes*, trad. de Richelot, p. 651. Paris, 1840.

Le 4 août, l'éruption commence à pâlir. Le 6, on établit sur les genoux une compression à l'aide de bandes de caoutchouc. Deux jours après, les douleurs ont beaucoup diminué; le 9, elles sont à peine senties, et cela aussi bien dans les genoux que dans les autres articulations. A dater de cette époque, les plaques muqueuses sont en partie cicatrisées, l'éruption rubéolique s'efface de jour en jour; les articulations, bien moins volumineuses, sont à peine douloureuses dans les mouvements. La malade sort sur sa demande, le 15 août, à peu près débarrassée des accidents qu'elle présentait, et sans avoir jamais cessé de prendre chaque jour deux pilules de Dupuytren.

Chancre induré, syphilides érythémateuse et papuleuse, récidive de roséole, fièvres et arthrites syphilitiques.

Le 24 juillet 1863, M. X..., étudiant en médecine, contracte un chancre induré de la couronne du gland, avec une femme chez laquelle il constata peu de temps après une adénite inguinale.

Environ deux mois plus tard, adénopathies inguinales, syphilides érithémateuse et papuleuse, cette dernière principalement localisée à la paume des mains, plaques muqueuses multiples, nombreuses surtout à l'anus. Pilules de Dupuytren pendant un mois, et bains sulfureux. En février 1864, nouvel accident, auquel Cullerier assigne le nom d'ulcère induré, mais qui guérit en dix jours; le malade avait en même temps des plaques muqueuses dans la bouche. Continuation du traitement mercuriel.

En juillet 1864, chancre phagédénique bientôt suivi de bubons suppurés qui ne cèdent pas au traitement abortif (vésicatoires et badigeonnages à la teinture d'iode), et qui nécessitent l'ouverture par le bistouri; suppuration longue, cicatrisation lente malgré des soins minutieux.

En novembre 1864, à la suite d'excès de boissons et de femmes, apparition d'une roséole qui dure au moins trois semaines. Dans le cours de janvier 1865, malaise, courbature, fatigue, fièvres par moments, bronchite légère et laryngite; en même temps apparaissent des douleurs qui se localisent aux deux poignets. Ceux-ci deviennent bientôt le siége d'un gonflement notable et se recouvrent d'une rougeur disséminée sous *forme de taches*. Les douleurs sont plus violentes la nuit et pendant les mouvements. Le malade les compare volontiers à une sensation de *brisement* (proto-iodure de mercure, chaque jour 2 pilules de 0,gr.,025). Quinze jours de ce traitement font cesser les lésions articulaires, mais celles-ci se manifestent de nouveau un mois et demi plus tard, et elles se localisent enfin aux membres supérieurs et principalement aux poignets; cette fois elles sont plus violentes, mais le gonflement est moindre; la rougeur articulaire se présente encore sous forme de taches.

Cette seconde poussée articulaire durait depuis cinq à six jours, lorsque le malade, se mettant à l'usage de l'iodure de potassium, 1 gramme par jour, est débarrassé après quatre jours de l'emploi de ce médicament. En avril il n'existe plus aucun accident. Santé générale bonne.

De ces deux observations nous pourrions rapprocher un cas que nous a dit avoir observé le docteur Charcot et un autre qui se trouve inséré dans un mémoire que nous avons remis autrefois à la Société de chirurgie. Dans tous ces faits, la lésion articulaire, toujours concomitante des éruptions syphilitiques secondaires, a suivi une évolution particulière, ne laissant, à notre avis, aucun doute sur le rapport de causalité qui rattache à la syphilis les désordres pathologiques articulaires; et la preuve en est que ces manifestations, auxquelles on avait pu attribuer une origine rhumatismale, n'ont cédé que le jour où, reconnaissant leur véritable nature, on eut recours à une médication antisyphilitique.

Les symptômes propres aux arthrites de la syphilis secondaire ont une grande ressemblance avec ceux du rhumatisme (1). Dans les deux maladies, les articulations sont le siége de gonflement, de rougeur et de douleur; mais, avec la syphilis, le gonflement articulaire est, en général, peu considérable, la rubéfaction est moins étendue. Une fois nous pûmes constater l'existence d'un épanchement séreux dans les deux genoux. La douleur, que les malades comparent volontiers à une sensation

(1) La ressemblance de certaines manifestations syphilitiques avec le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, indiquée par nous dès 1865, a été confirmée par les recherches de Baumier et Duffin, *De la température de la syphilis*, dans *Transact. of the clinical Society*, III, p. 170, 1870. Aux caractères différentiels que nous avons signalés, ces auteurs ont ajouté les résultats fournis par la température, qui, nulle ou presque nulle le matin, s'élève le soir jusqu'à 39° et au delà.

de brisure ou de déchirement, sujette aux exacerbations nocturnes, est peu exaltée par les mouvements. Les genoux, les poignets, les coudes, les articulations des doigts, étaient isolément ou simultanément lésés dans les faits qui ont passé sous nos yeux. Une de nos malades, jeune artiste, obligée d'étudier sur le piano, eut seulement les poignets et les articulations des doigts atteints. Il est rare qu'une seule articulation soit affectée, et ce fait ne doit pas surprendre, puisque la généralisation des états pathologiques est le propre de la syphilis à ce moment de son existence. Toutefois, si les arthropathies secondaires, de même que les arthropathies rhumatismales, sont multiples, disons qu'elles n'ont pas la mobilité de ces dernières et que leur durée est généralement plus longue, à moins que l'on ne fasse intervenir un traitement spécifique. La fièvre, peu intense le matin, offre un paroxysme marqué le soir, dans les localisations articulaires syphilitiques, qui, par là, se distinguent encore des manifestations rhumatismales, comme aussi par leur coexistence avec des adénopathies et des éruptions différentes de celles du rhumatisme.

Le pronostic de l'arthrite syphilitique secondaire est relativement peu sérieux, ce qui résulte de ce que ces affections, n'attaquant que la partie la plus superficielle des surfaces articulaires, ne laissent à leur suite aucun désordre consécutif dans les articulations; il en est autrement de l'arthrite syphilitique de la période tertiaire. Celle-ci affecte plus profondément les tissus articulaires, dont elle tend à amener la destruction.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, par le professeur GOSSELIN. Tome second. Paris, J.-B. Baillière; 1873.

Ce volume comprend cinquante-trois leçons cliniques réparties en six sections, à savoir : 1° *Phlegmons, abcès, fistules.* — 2° *Maladies palpébrales et oculaires.* — 3° *Maladies des voies urinaires.* — 4° *Maladies des organes génitaux de l'homme.* — 5° *Maladies des organes génitaux de la femme.* — 6° *Tumeurs.*

Il ne nous appartient pas d'apprécier l'œuvre d'un des maîtres de la chirurgie contemporaine : l'immense succès obtenu par le premier volume de la *Clinique de la Charité* nous permet de rester ici dans les termes d'une simple analyse.

Les abcès de la paume de la main, le phlegmon profond de l'avant-bras, les abcès de la mamelle, sont l'objet des premières leçons de ce volume.

Une importante clinique est consacrée aux abcès et aux fistules dentaires, accident des plus communs, mais qu'on ne connaîtra jamais trop, et dont une étude claire et méthodique doit rendre les plus grands services aux élèves et aux praticiens. L'auteur, après avoir établi cliniquement que la simple irritation inflammatoire de la pulpe dentaire occasionne dans les ganglions correspondants un engorgement étendu qu'il désigne sous le nom d'*adéno-phlegmon*, compare les conséquences de la carie des dents de la mâchoire supérieure avec celle des dents de l'inférieure, et recherche quel peut être, au-dessous de la région parotidienne, l'équivalent de l'adéno-phlegmon sous-maxillaire.

Nous avons lu avec beaucoup d'intérêt quatre pages relatives aux signes et au traitement urgent du *phlegmon sous-massétérin d'origine dentaire.* Nous devons reproduire les termes mêmes dont l'auteur décrit la propagation de cette terrible complication d'un mal en apparence insignifiant :

« L'inflammation (page 34) s'est propagée le long du périoste comme dans les phlegmons « gingivaux ; mais, au lieu de s'arrêter à la gencive, de fuser dans le tissu cellulaire sous- « muqueux et sous-cutané, elle a cheminé le long de la partie externe de la mâchoire, « jusqu'à la face profonde du masséter, de proche en proche, jusqu'à la gaîne du muscle tem- « poral, en gagnant, le long de l'apophyse coronoïde, la face externe et peut-être la face « interne de ce muscle. Le phlegmon ainsi propagé est donc devenu profond, c'est-à-dire « sous-massétérin et temporal, sans que je puisse dire si, dans ce dernier point, il a été sous- « temporal, ou s'il s'est limité au tissu conjonctif placé entre le muscle et son aponévrose. »

Signalons deux leçons traitant, l'une, d'un fait absolument rare, *un abcès froid enkysté de la langue* (page 59) coïncidant avec le développement profond d'une tumeur épithéliale; l'autre consacrée au diagnostic rigoureux de la pustule maligne et des furoncles escharrotiques qui peuvent, au premier abord, y ressembler.

A l'occasion de l'*irido-choroïdite* syphilitique et des troubles fonctionnels qui l'accompagnent, troubles qui, allant jusqu'à la cécité, sont hors de proportion avec les lésions classiques de l'iritis et de la choroïdite, M. Gosselin émet l'opinion que la rétine prend vraisemblablement part aux lésions d'une membrane avec laquelle elle a des connexions aussi intimes que la choroïde. « Je conclus, dit-il, et c'est un point que je signale à l'attention des observateurs et des anatomo-pathologistes, que, dans certains cas, le trouble ou la perte complète de la vision est due à des lésions inappréciables de la rétine, lésions occupant l'une des couches si délicates de cette membrane, et ne pouvant être constatées qu'au moyen du microscope. »

La récente discussion de la Société de chirurgie, au sujet du traitement de la cataracte, donne à la LVIIe leçon un intérêt particulier. Cette leçon, professée il y a plusieurs années, contient une critique, un peu décourageante sans doute, mais pleine de sens pratique, des perfectionnements opératoires en matière de cataracte. M. Gosselin a vu, au début de ses études, pratiquer l'*abaissement* par Sanson, Bérard, Gerdy, etc.; il a vu Roux s'obstiner avec succès à pratiquer la *kératotomie inférieure* de Daviel, puis Nélaton créer la *kératotomie supérieure*, et, enfin, il a assisté à la propagation enthousiaste et systématique de l'*extraction linéaire* de von Graefe.

Aucun de ces procédés ne présente des résultats trop désespérants; loin de là (merveille de la statistique!), nous trouvons, dans les comptes instructifs que relate l'auteur, que chaque procédé donne une proportion de guérisons tout à fait distinguée.

« Soyez sûrs, dit M. Gosselin (page 140), que si chaque procédé avait donné les 85 à 90 pour 100 de succès indiqués, on n'aurait pas eu besoin de changer si souvent! » L'argument n'est-il pas péremptoire?

La chirurgie s'arrange mal des systèmes; les ophthalmologistes ont eu le tort de se montrer absolus, qui pour tel mode opératoire, qui pour tel autre. La forme et le volume du globe oculaire, l'état moral du patient, son état physique, sont autant de conditions qui imposent telle ou telle indication chirurgicale. L'auteur rapporte dans quelle circonstance il a récemment opéré par abaissement, et avec succès, une vieille femme, aux yeux enfoncés, dont le caractère turbulent aurait sans doute compromis les chances d'une opération par lambeau.

Cette critique pratique et raisonnée des divers procédés d'opération de la cataracte mériterait d'être reproduite en entier; nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur.

Un des chapitres les plus remarquables du livre a pour objet l'infiltration urineuse : on n'appellera jamais trop fortement l'attention des chirurgiens sur le mode de production et sur la menaçante gravité de cet accident.

Il faut avoir observé, non! il faut avoir pratiqué soi-même ces incisions profondes, étendues, multiples, qui ont pour objet de circonscrire l'infiltration et de faire sortir l'urine infiltrée, pour comprendre l'efficacité souveraine de ce traitement.

Ce traitement, barbare en apparence, qui semble n'avoir pour loi que l'urgence et la hardiesse des incisions, est cependant soumis à des règles que l'auteur formule avec une netteté que nous n'avons rencontrée nulle part dans les livres.

« Tous les bons auteurs, dit-il (page 304), ont formulé des préceptes, mais d'une façon que « je trouve imparfaite, en ce sens qu'ils ont beaucoup plus insisté sur l'utilité des incisions « scrotales que sur celle de la longue incision périnéale (médiane). C'est pourquoi j'ai vu « plusieurs fois, dans la pratique, les chirurgiens s'en tenir aux premières et ne pas faire la « seconde, à laquelle ils n'étaient pas entraînés, soit parce qu'ils n'exploraient pas le périnée; « soit parce que, l'explorant sans mettre le malade en travers, ils n'y trouvaient pas cette « fluctuation profonde, qu'on ne sent que quand on la cherche bien; soit, enfin, parce qu'on « n'a pas assez nettement formulé dans les livres cette proposition importante : *Quand il y a « infiltration urineuse du scrotum, il s'est fait un épanchement préalable d'urine et de pus « dans le périnée.* »

Une des parties les plus originales de la *Clinique de la Charité* a trait à l'étude des formes insolites de l'orchite. Les traités de pathologie sont muets, et pour cause, sur ces particularités des symptômes ou des lésions qu'on apprend au lit du malade, et dont la connaissance est le complément obligé des règles que nous apprennent les traités classiques.

L'orchite à forme *péritonique*, si l'on peut ainsi parler, l'orchite à forme *névralgique*, les localisations rares de l'inflammation au canal déférent, au *vas aberrans*, tels sont les titres des diverses questions qu'aborde l'auteur, avec une grande sagacité d'analyse, dans les passages auxquels nous faisons allusion.

Des terminaisons de l'orchite, ou plutôt de l'épididymite, on n'en connaît bien qu'une, c'est l'oblitération des voies séminales. Il est vrai que c'est une terminaison habituelle.

Les terminaisons insolites méritent d'être étudiées avec intérêt. Nous signalons avec l'auteur : 1° la forme *atrophiante*, qui serait peut-être plus commune chez l'adolescent que chez

l'adulte ; — 2° la forme *suppurative* ; — 3° la forme *ulcéro-gangréneuse* ; — 4° enfin, la persistance d'un état névralgique intolérable de l'organe enflammé.

Deux leçons sont consacrées à l'histoire de l'hématocèle de la tunique vaginale ; nous ne pouvons faire autrement que de reproduire les considérations thérapeutiques qui les résument. Quatre cas doivent être envisagés :

« 1° Lorsque l'hématocèle est vierge de tout traitement et n'a pas suppuré ;

« 2° Lorsque l'hématocèle, après avoir été traitée une ou deux fois par l'injection irritante, « a persisté, mais sans suppurer ;

« 3° Lorsque l'hématocèle est suppurée, mais non encore fistuleuse ;

« 4° Lorsque l'hématocèle est suppurée et fistuleuse depuis un certain temps. »

Dans le premier cas : ponction, lavage, injection iodée, compression ;

Dans le deuxième cas : attendre, et si la tumeur devient pénible et gênante, décortication ;

Dans les troisième et quatrième cas : décortication sans trop attendre.

En abordant la section des maladies des organes génitaux de la femme, nous avons recherché avec empressement le chapitre consacré à l'hématocèle rétro-utérine. La formation de ces importantes collections sanguines est encore un objet d'hésitations et de doutes pour quelques chirurgiens, et nous étions désireux de voir formuler par M. Gosselin une opinion catégorique.

La pathogénie intéresse ici plus sérieusement la clinique que partout ailleurs : M. Gosselin a craint d'être trop affirmatif, et il a peut-être trop réservé son opinion sur ce point.

Il était cependant, autant que qui que ce soit, autorisé à être affirmatif, car il s'agit souvent là de lésions dont il a, le premier, bien exposé le mode de production.

Il y a treize ans, M. Dolbeau, rendant compte du livre de M. Auguste Voisin sur l'hématocèle, frappé de ce fait que cette affection arrive chez des femmes qui ont eu des pelvi-péritonites dues à des grossesses, des avortements ou des excitations ; que la tumeur se constitue lentement, et que l'accident hémorragique survient à l'occasion de toutes les causes de congestion de la région ; M. Dolbeau, frappé en outre de la structure de la fausse membrane, émettait pour la première fois une opinion qui compte aujourd'hui tous les jours de nouveaux adhérents en Angleterre et en France, et que Virchow a daigné depuis s'approprier.

..... Vous lui fîtes, seigneur,
En la *prenant* beaucoup d'honneur!

« Ne sommes-nous pas en droit de nous demander, disait-il, si cet accident ne serait pas la conséquence d'une maladie persistante, c'est-à-dire d'une péritonite pelvienne pseudo-membraneuse, avec rupture des vaisseaux de la fausse membrane comme source de l'hémorrhagie ? » (*Gaz. des hôp.*, 22 mars 1860.)

« M. Gosselin, disait M. Dolbeau quelques lignes plus loin, a insisté avec raison sur l'existence de deux espèces de fausses membranes, dont les unes sont analogues aux autres tissus de l'organisme et ne font que réunir des parties ordinairement distinctes, — dont les autres sont incomplétement organisées, ne ressemblent à aucun des tissus normaux de l'organisme (*fausses membranes fibroïdes*) et renferment un grand nombre de vaisseaux qui communiquent avec ceux de la séreuse. *Admettons une rupture de ces fausses membranes tapissant l'espace péritonéal rétro-utérin, et nous pourrons comprendre l'hématocèle.* »

Cette citation, qui ne m'éloigne pas de mon auteur, devait trouver place ici : la théorie de M. Dolbeau est adoptée par beaucoup d'auteurs et n'est pas citée toujours. Nous sommes convaincu que M. Gosselin, dont les travaux ont concouru, comme ceux de M. Baillargé, au progrès de l'étude des productions pseudo-membraneuses hémorrhagiques, l'accepte également ; nous avons quelque peu regretté qu'il ne l'ait pas formulée.

La dernière section du volume traite des tumeurs. Pour M. Gosselin, les tumeurs sont des *kystes*, des *tumeurs solides bénignes*, ou des *tumeurs solides malignes*. Au point de vue de la clinique, cette classification suffit, et, chose curieuse ! après le luxe de classes et d'espèces de tumeurs admises depuis vingt ans, c'est encore cette classification qui survit. Au point de vue anatomo-pathologique, assurément, elle est bien élémentaire ; au point de vue chirurgical, elle est irréprochable, car elle ne préjuge de rien.

La malignité d'une tumeur dépend souvent moins de la nature que du développement des éléments qui la constituent ; c'est ce qui explique comment, après quelques années de bénignité apparente, on voit des tumeurs se développer, se propager, se comporter, en un mot, comme d'affreux cancers :

« Rappelez-vous donc, Messieurs, dit l'auteur en terminant l'étude des tumeurs bénignes « (page 685), qu'à côté des tumeurs franchement malignes ou cancéreuses, dont l'apparition « est l'indice d'une désorganisation profonde de l'organisme et d'une mort à courte échéance, « se trouvent des tumeurs qui ont, pendant un certain nombre d'années, une marche « bénigne ; qui, pendant longtemps après l'ablation, ne repullulent que sur place, et qui,

« enfin, ne sont pas incompatibles avec la conservation de la santé. Ce sont des cancers, mais « des cancers moins mauvais que les premiers, et leur étude clinique, de même que « leur étude histologique, n'a pas permis jusqu'à présent de porter, dans chacun des faits qui « se présentent, un pronostic définitif sur le degré plus ou moins grand de la malignité. L'his- « tologie moderne, en nous apprenant que les éléments de ces tumeurs sont analogues « à ceux des tissus à l'état embryonnaire, et les appelant *sarcomes*, ne nous a pas mieux « renseignés sur la partie clinique que ne l'avait fait Laënnec en les décrivant sous le nom « d'*encéphaloïdes*, et Lebert en leur donnant celui de *fibro-plastiques*. Les mots ont changé, « mais le fond des choses, c'est-à-dire l'incertitude du pronostic, n'a pas changé pour cela. »

Nous ne pouvons analyser, ni même énumérer toutes les parties intéressantes de ce second volume de la *Clinique chirurgicale*, si riche de faits, si plein d'enseignements. Une méthode rigoureuse, une aversion profonde des hypothèses, une grande simplicité dans les jugements, et une clarté parfaite dans l'exposition, telles sont en partie les qualités que plusieurs générations d'étudiants ont appréciées et recherchées, à Beaujon, à Cochin, à la Pitié, à la Charité, chez le professeur, et que l'on retrouve à chacune des pages de ce livre, appelé à rendre les plus grands services et à occuper une place considérable dans la littérature chirurgicale contemporaine.

Georges FÉLIZET.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Melsens a communiqué, sur le refroidissement et la congélation des liquides alcooliques et des vins, une note intéressante à plusieurs points de vue. Nous en extrayons tout ce qui se rapporte particulièrement au point de vue physiologique.

De l'eau-de-vie à une température de 20, de 30, de 35 degrés au-dessous de zéro peut être bue sans danger, au moins immédiat, et elle est trouvée excellente par les dégustateurs; d'autant plus exquise et plus moelleuse, dit M. Melsens, qu'elle est plus froide. Il est bien entendu qu'elle ne peut être servie que dans des vases en bois, afin d'éviter la sensation du verre froid.

A 30 degrés au-dessous de zéro, les liquides alcooliques, renfermant environ la moitié de leur volume ou de leur poids d'alcool absolu, deviennent visqueux, sirupeux et parfois opalins. Les liquides dont il est question sont les eaux-de-vie de consommation courante, *rhum* ou *cognac*, etc., dont la composition correspond à peu près à la formule $C^2H^6O,3H^2O$, représentant 54 pour 100 d'eau et répondant au maximum de contraction des mélanges d'eau et d'alcool.

Si l'on fait solidifier ces eaux-de-vie à — 40 ou — 50 degrés, et si on les prend à la cuiller, en guise de glace ou de sorbet glacé, on est réellement étonné de la faible sensation de froid produite sur les organes.

La pâte qui fond sur la langue paraît moins froide que les *glaces* ordinaires; beaucoup de dégustateurs, auxquels on a donné du cognac ou du rhum glacé, ont eu de la peine à admettre qu'ils avaient sur la langue des glaces qu'on aurait pu leur servir dans un vase en mercure congelé, et qu'ils supportaient, sans inconvénients, le contact d'une substance refroidie par l'évaporation de l'acide carbonique solide, mélangé ou non d'éther, capable de produire sur la peau la sensation et l'effet d'une véritable brûlure.

M. Donny, de Gand, qui a répété ces expériences, écrit que *plus de cent personnes ont goûté ce genre de glaces nouvelles, et toutes les ont trouvées agréables, à une température comprise entre 40 et 50 degrés au-dessous de zéro.*

Il faut aller jusqu'à — 60 degrés pour que l'on dise : *c'est froid*; rarement même ai-je entendu dire : *c'est très-froid.*

La température la plus basse que j'aie expérimentée a été de — 71 degrés. Si la quantité est considérable, cette glace produit un effet analogue à celui d'une cuillerée de soupe *un peu trop chaude.* Il faut absolument se servir d'une cuiller en bois; l'emploi d'une cuiller en métal pourrait occasionner une brûlure.

Cette eau-de-vie à — 71 degrés, déposée sur l'avant-bras sec, le cautérise légèrement, sans cependant le brûler comme le fait la pâte d'éther et d'acide carbonique solide. On ne peut s'empêcher de comparer ces effets aux effets de *caléfaction.*

Des quantités égales de vins mousseux et non mousseux étant refroidies, l'augmentation apparente de volume est beaucoup plus considérable pour les vins mousseux que pour les vins ordinaires rouges ou blancs. Deux échantillons de vin mousseux m'ont donné, par bouteille, une augmentation de volume d'environ 60 centimètres cubes, tandis que les vins de la Côte-d'Or, non mousseux, ne m'ont donné qu'environ 15 centimètres cubes.

La moitié et même les deux tiers du volume des vins ordinaires, renfermant 11 à 12,5 pour 100 d'alcool, peuvent être congelés. La partie restée liquide, trouble d'abord, se clarifie par le repos; les vins qui en proviennent se conservent mieux, ainsi que l'a vu M. de Vergnette-Lamotte, que les vins naturels; ils sont enrichis en alcool et en matières extractives; leur arome s'exalte comme leur couleur; ils perdent, par coagulation et précipitation, des matières albuminoïdes et des sels formant un magma plus ou moins abondant, etc.

D'après M. Boussingault, *les glaçons, après leur fusion, donnent un liquide alcoolique, et, par conséquent, ne sont pas, comme on le croit généralement, de l'eau congelée à peu près pure.* — M. L.

Pharmacie Militaire

Paris, 21 juillet 1873.

Monsieur le rédacteur en chef,

Permettez-moi de soumettre à vos lecteurs quelques considérations que je crois encore d'un certain intérêt dans le débat presque épuisé auquel nous assistons.

Après avoir reçu de la pharmacie les alcaloïdes, l'iodure et le bromure de potassium, le perchlorure de fer, le chloroforme et tous les médicaments chimiques par lesquels la thérapeutique a été transformée; après avoir reçu de la chimie les progrès les plus importants de l'hygiène, et la toxicologie tout entière, et les analyses des liquides organiques, et toute l'importante série des désinfectants; après avoir emprunté à la pharmacie, à la chimie et à la physique, les procédés rigoureux de l'observation scientifique qui ont produit la physiologie et la pathologie modernes récemment dégagées du chaos des théories conjecturales et du fatras des hypothèses romantiques, la médecine ne semblerait-elle pas manquer de reconnaissance en votant à son profit la domination des sciences qui l'ont vivifiée et à l'ombre desquelles elle a grandi? N'a-t-elle pas à craindre le reproche d'adopter, au détriment des militaires de notre pays, un service médical débarrassé, en même temps que de l'égalité pharmaceutique, d'un contrôle indépendant, un service médical à l'image de celui des armées étrangères où l'on se passe de pharmaciens, où l'on économise les chimistes experts, et autant que faire se peut les médicaments?

Les débats dont nous sommes témoins rappellent ceux du siècle dernier entre les médecins et les chirurgiens, et qui se sont terminés par la fusion des deux parties. Ici tout le monde s'accorde à reconnaître que la fusion n'est pas possible. Quant à la subordination d'une profession à l'autre, on s'efforce de ne pas comprendre qu'elle consacre une caste, une aristocratie, qu'elle n'est pas le moins du monde nécessaire aux progrès et à l'indépendance de la médecine militaire, votée et réclamée par les pharmaciens, qui la désirent autant que personne (1), et l'on essaie de prouver qu'elle n'éloignerait pas du service de la pharmacie militaire les meilleurs éléments de son recrutement.

Quant à moi, je pense que le vote par l'Académie de la subordination de la pharmacie militaire à la médecine aurait une portée tout autre que celle qu'on en espère, et que l'Académie y perdrait de son autorité morale plus que la pharmacie militaire de la confiance et de la reconnaissance de l'armée légitimement acquises par de persévérants travaux et d'honorables services.

J. JEANNEL.

JOURNAL DES JOURNAUX

De la nature du lichen hypertrophique, par Adrien CHARPY. — D'après l'étude anatomo-microscopique de deux cas de lichen observés à l'Antiquaille de Lyon, dans le service de M. Dron, sur deux hommes de 30 et 40 ans, cette maladie ne serait pas une inflammation, comme M. Hardy l'a avancé; ce serait une tumeur constituée par l'augmentation de toutes les couches de la peau avec conservation de l'organe. Elle serait ainsi de la famille des papillomes (cors, verrues, végétations), et ne s'en distinguerait que par sa non-pédictilisation. Ce lichen hypertrophique s'étend en surface, il s'étale, alors que les autres croissent en hauteur; ce serait donc un *papillome étalé ou en plaques.*

Cette distinction résulte d'une description anatomique très-minutieuse et étendue. Le diagnostic anatomique en ressort ainsi très-clairement. L'inutilité du traitement interne ou médical s'explique de la sorte, aussi bien que le succès de l'excision qui a eu lieu dans les deux cas (*Ann. de dermat. et de syphil.*, janvier). — P. G.

Nouveau succès des injections d'ergotine contre les fibromes utérins. — En confirmation des

(1) Voyez les procès-verbaux de la commission Martimprey.

succès publiés récemment par le docteur Hildebrant, M. John Clay en a obtenu un non moins remarquable à l'hôpital de la Reine, à Birmingham, sur une femme de 28 ans, mariée, ayant eu trois enfants. Règles abondantes, hémorrhagies, écoulement abondant et fétide, émaciation. Hypertrophie de l'utérus distinctement perçu au-dessus du pubis. Col ouvert, dur. Tumeur du fond de l'utérus.

Après avoir restauré la malade, des injections hypodermiques, avec trois gouttes d'une solution concentrée d'ergot, furent pratiquées journellement dans la région hypogastrique. Après trois semaines, la saturation de l'économie se manifestait par des douleurs du siége, céphalalgie. Les règles furent moins abondantes dès la première époque. Elles étaient revenues à l'état normal trois mois après une centaine d'injections; et l'utérus n'était plus perçu au-dessus du pubis et la tumeur avait diminué de volume sensiblement; le col était moins contracté. L'écoulement avait cessé et l'état général très-amélioré. Si ce n'est pas là une guérison complète, on peut donc l'espérer de la continuation du traitement (*Lancet*, mai). — P. G.

FORMULAIRE

Poudre vermifuge.

Semen-contra pulvérisé	2 grammes.
Mousse de Corse pulvérisée	2 —
Racine de valériane pulvérisée	1 —
Calomel à la vapeur	20 centigrammes.

Mêlez et divisez en deux prises, qu'on administrera deux jours de suite, le matin à jeun, dans de la gelée de groseille. Le troisième jour, on fera prendre une cuillerée d'huile de ricin. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 26 Juillet 1474.

Mort, à Paris, de Robert Poitevin, l'un des plus illustres médecins français du xve siècle. Il avait pu grouper sur sa tête tous ces titres : doyen de la Faculté de médecine de Paris, ambassadeur de l'Université au Congrès d'Arras, médecin de Charles, duc d'Orléans; médecin et confesseur de Marguerite d'Écosse, exécuteur testamentaire d'Agnès Sorel, prévôt de Suèvre, trésorier de Saint-Hilaire de Poitiers, premier médecin de Charles VII, etc. — A. Ch.

COURRIER

École de médecine de Grenoble. — M. le docteur Bisch, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est attaché, en la même qualité, aux chairs de médecine proprement dites.

— Dans le cours d'une seule année, en Irlande, il a été délivré dans les dispensaires des prescriptions médicales à 581,224 malades, et 203,200 autres ont reçu la visite du médecin à leur domicile. Le coût des secours médicaux ainsi administrés s'est élevé à 123,000 liv. st. Aujourd'hui la population de l'Irlande est d'environ 5,500,000 âmes, et l'on peut évaluer celle de la ville de Londres avec ses faubourgs à quatre millions.

Ainsi, en supposant que les secours médicaux soient établis dans cette ville comme en Irlande, et que la dépense soit dans le même rapport que la population, cette dépense serait pour la ville de Londres de 89,450 livres, soit à raison des prix plus élevés, de 100,000 livres.

Les dispensaires ont été établis dans la capitale en vertu du bill de M. Gathorne Hardy, qui est devenu loi en 1867.

Les revenus des hôpitaux de Londres, y compris les asiles d'aliénés, s'élèvent à 607,141 livres sterling par an.

Boîte aux Lettres

M. le docteur M..., à Saint-André (Réunion). — Votre abonnement est payé jusqu'à fin décembre 1873.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Sur l'organisation du Service de santé de l'armée

A M. le professeur Paul BROCA

Rapporteur de la Commission de l'Académie de médecine.

Paris, le 25 juillet 1873.

Très-honoré confrère,

La discussion qui se poursuit devant l'Académie de médecine ne touche qu'à un des côtés les moins importants de la question, si intéressante pour le pays, de l'organisation du Service de santé de l'armée ; et si vous résumez ces débats, que plusieurs orateurs ont considérablement élargis, il vous appartiendra, sinon de résoudre toutes les difficultés, au moins de signaler toutes les réformes qui doivent être réclamées.

Il est bien certain que toutes les passions qui s'agitent en ce moment avec tant de violence n'auraient pas eu même un prétexte plausible pour éclore, s'il n'y avait pas dans notre organisation actuelle cette déplorable assimilation des grades, en vertu de laquelle on cesse d'être Médecin ou Pharmacien pour devenir Officier. C'est grâce à cette assimilation qu'un pharmacien, colonel ou général de brigade, se révolte à l'idée qu'il peut se trouver exposé à obéir à un médecin, simple lieutenant ou sous-lieutenant. Cependant, il faut bien qu'il en soit ainsi, car si le hasard les place tous les deux, seuls, en face d'un malade ou d'un blessé, le pharmacien, quel que soit son grade, n'a rien autre chose à faire que d'exécuter non pas les *ordres*, je le veux bien, mais les *ordonnances* du médecin, ce qui revient à peu près au même, et témoigne de la subordination nécessaire et forcée de sa fonction à celle du médecin.

Mais ce n'est là, je le répète, qu'un des plus petits côtés de la question. Ce qui importe par-dessus tout, — et c'est là ce qui préoccupe non pas seulement nos confrères militaires, mais l'armée et le pays, — c'est de savoir ce que deviendra le corps de santé s'il parvient à échapper à la domination de l'Intendance. On propose de le mettre sous les ordres du Commandement! Croyez-vous, en bonne conscience, qu'il aurait beaucoup à gagner à cette combinaison? J'ose à peine l'espérer, et, pour mon compte, je vous déclare que je ne verrais pas sans regret ce changement de Maître, qui ne ferait que confirmer son asservissement indéfini.

Ce qu'il faut au Corps de santé militaire, pour qu'il puisse rendre tous les services que le pays est légitimement en droit d'attendre de son intelligence et de son dévouement, c'est son indépendance absolue, son autonomie véritable. Cette indépendance, que je considère comme la condition essentielle d'une bonne organisation du service médical de l'armée, je l'ai déjà demandée dans un Rapport officiel adressé au Ministre de la guerre à la suite de nos désastres, pendant le cours desquels chacun de nous a eu plus ou moins l'occasion de devenir médecin militaire et de voir comment, avec les règlements actuels, fonctionne le service de santé de l'armée. Permettez-moi de vous rappeler et de soumettre à votre appréciation quelques-unes des idées que j'ai exposées alors :

« Je ne me dissimule pas, — disais-je à M. le Ministre, après lui avoir présenté un projet d'organisation applicable à une partie du service dont j'avais eu plus spécialement à m'occuper, — « que ce fonctionnement si simple comporte, pour pou-
« voir être adopté, une réforme *radicale* de l'organisation actuelle du service médi-
« cal de l'armée. Mais cette réforme est si impérieusement commandée par l'état des
« choses, qu'il n'y a pas moyen de se dispenser de l'opérer, et dans le plus bref
« délai possible. Elle ne sera utile qu'à la condition d'assurer la plus grande indé-
« pendance du Corps médical et, à ce point de vue, l'épreuve du service des
« évacuations n'aura pas été infructueuse, car, pour la première fois, elle aura mon-
« tré dans l'armée des médecins agissant dans toute leur indépendance, sans
« relever ni de l'état-major ni de l'intendance, placés en un mot sous l'autorité
« *immédiate* du Ministre, auquel seul ils devaient rendre compte de leurs actes. Il

« faut que cette exception devienne la règle, c'est la seule condition à laquelle l'armée aura un Corps médical bien constitué.

« Je dois émettre à cet égard une opinion qui paraîtra bien subversive, et qui « cependant est absolument vraie : *A dater du moment où il tombe malade, un soldat ne doit plus avoir d'autres chefs que les Médecins de l'armée, jusqu'au jour où, le déclarant guéri, ils le rendent à son colonel.* En partant de cette proposition, « qui devrait être un axiome pour l'Administration de la guerre, on reconnaît tout ce « qu'il y a de ridicule à faire intervenir un Général ou un officier supérieur et un « Intendant dans le conseil chargé de donner les congés de convalescence ou de « réforme. Est-ce qu'on prend des médecins pour décider les questions de stratégie « ou pour apurer des comptes ?

« La spécialité des connaissances médicales est telle qu'il ne peut y être suppléé « par rien, et c'est pourquoi nul autre qu'un médecin ne peut utilement contrôler « les actes d'un médecin. Dans la pratique civile, nous n'admettons même ce con- « trôle à aucun degré; dans la médecine militaire, au contraire, il doit exister, il « est indispensable. Il faudrait dans le Corps médical une hiérarchie fortement « organisée, depuis l'infirmier relevant du Sous-aide, jusqu'au Médecin en Chef « des armées de la République, qui, assisté du Conseil de santé, ne relèverait que « du Ministre et aurait sa délégation pour toutes les questions tenant à la santé de « l'armée. Toutes les questions purement médicales seraient toujours exclusive- « ment tranchées par des médecins soit isolés, soit réunis en commission, suivant « les cas, et toujours susceptibles d'être contrôlés par d'autres commissions. Dès « lors celui qui exerce le commandement dans l'armée n'aurait plus de rapports « avec le service médical, que pour lui envoyer ses hommes malades et en recevoir « ses hommes guéris, et la mission de l'intendance se bornerait à remplir vis-à-vis « des hommes malades, et sous la direction du Médecin, une gestion purement « administrative et identique à celle qu'elle remplit vis-à-vis des hommes valides « et sous la direction des chefs de corps.

« Quant au Corps médical, complétement séparé et distinct, il n'aurait plus besoin « de ces assimilations de grades qui ont toujours rendu sa position si pénible et si « fausse..... » et il resterait aussi parfaitement reconnaissable au milieu du reste de l'armée que le corps des Aumôniers, par exemple.

Je n'insiste pas sur ces considérations dont vous avez, j'espère, compris, très-honoré confrère, toute l'importance et la portée. J'ajoute seulement un mot pour répondre à une objection plus spécieuse que fondée. Certains esprits timorés ont paru redouter la grande autorité que je voudrais voir donner au Médecin en chef des armées françaises. Cette autorité est indispensable, car, sans elle, la responsabilité serait illusoire, et il faut que, devant le gouvernement, devant le pays, le Médecin en chef puisse répondre de tout ce qui se passera dans son service, duquel la pharmacie doit nécessairement relever.

Une seule chose serait à craindre, c'est que cette grande autorité fût confiée à un individu incapable; mais les règlements d'administration d'un pays comme la France ne doivent pas être faits en prévision de l'arrivée à d'aussi hautes fonctions d'ignorants, d'incapables ou même de gens simplement médiocres. Il faut, je le reconnais, un homme d'une grande valeur et d'un mérite incontestable, pour qu'il puisse porter à la fois le double poids d'une autorité aussi étendue et d'une responsabilité aussi lourde; mais les hommes ainsi organisés ne sont pas tellement rares dans notre pays qu'ils ne puissent se rencontrer. C'est au gouvernement de savoir les choisir et d'apporter à ce choix tous ses soins, comme il les apporte au choix d'un Général en chef; car il ne faut pas se dissimuler que, s'il ne sait pas ou s'il ne peut pas trouver un bon Médecin en chef pour ses armées, il sera aussi blâmable ou aussi à plaindre que s'il n'a pas un bon Général en chef à mettre à la tête de ses troupes. — Les fautes de l'un pourront être aussi vivement ressenties par le soldat que les fautes de l'autre. — Mais nous ne devons pas nous arrêter à cette désolante hypothèse, car il nous suffit de parcourir la liste des confrères qui composent le haut personnel de notre Corps de santé militaire, pour être assurés que le

Ministre de la guerre y trouvera, quand il le voudra, plus d'un Médecin capable, à tous égards, d'occuper dignement le poste élevé que je désirerais voir créer dans l'intérêt de l'armée.

Veuillez agréer, etc. T. GALLARD.

CONSTITUTION MÉDICALE

AVRIL, MAI ET JUIN 1873

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 juillet 1873,

Par M. Ernest BESNIER.

Messieurs,

Les caractères généraux de la constitution médicale n'ont présenté, pendant la période que nous étudions, rien de particulièrement saillant qui donne à cette constitution un caractère spécial ou exceptionnel; aucune affection épidémique n'occupe un rôle prépondérant; aussi ai-je profité de cette accalmie pathologique pour réunir et mettre sous vos yeux quelques éléments de statistique médicale que vous ne trouverez pas, je l'espère, sans intérêt.

La *mortalité générale*, tout en restant très-notablement inférieure à celle de toutes les périodes correspondantes d'une série d'années antérieures, est cependant un peu plus élevée pour le premier semestre de l'année 1873 que pour les mêmes mois de l'année 1872; mais cette différence est si légère que, en tenant compte de l'augmentation certaine de population de cette année sur la précédente, il est évident que l'accroissement est plus apparent que réel.

Tableau comparatif

Indiquant la MORTALITÉ due aux principales affections internes qui peuvent être influencées par la constitution régnante dans les HÔPITAUX civils de Paris pendant les mois d'avril, mai et juin des années 1867, 1868, 1869, 1870, 1872, 1873.

Maladies.	Avril.						Mai.						Juin.					
	1867	1868	1869	1870	1872	1873	1867	1868	1869	1870	1872	1873	1867	1868	1869	1870	1872	1873
Phthisie pulm.	291	289	281	336	223	272	292	282	290	322	245	282	192	234	253	226	201	217
Flèv. typhoïde.	16	31	35	20	21	23	17	8	21	37	12	10	24	21	15	32	12	4
Grippe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Laryngites.	0	0	0	2	2	2	0	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0
Bronchites.	17	21	22	42	32	22	13	23	15	34	10	15	8	8	20	19	5	11
Pneumonies.	87	78	79	125	54	56	52	35	71	116	62	17	54	49	63	88	36	40
Pleurésies.	7	13	9	15	12	18	3	10	11	17	14	16	9	16	6	13	7	9
Coqueluche.	?	1	3	7	1	1	?	3	0	0	3	1	?	2	1	1	1	0
Croup.	?	17	30	25	32	27	?	14	12	15	42	32	?	13	11	12	20	30
Angines.	5	2	1	1	8	16	5	1	4	0	7	7	2	2	1	5	6	9
Rhum. articul.	3	3	4	4	1	0	1	7	7	3	0	6	1	1	2	5	1	1
Variole	4	16	22	179	11	0	5	14	21	250	4	0	6	6	23	242	2	0
Scarlatine.	?	2	1	7	3	4	?	0	2	8	2	2	?	0	1	11	1	0
Rougeole	?	19	8	7	3	1	?	4	9	6	9	4	?	8	1	7	8	3
Entérites	11	15	6	10	11	9	1	11	15	12	8	7	7	16	10	5	4	2
Diarrhées.	10	2	6	5	10	9	3	6	3	4	2	14	0	11	3	5	10	7
Dysenterie.	0	1	0	1	0	2	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1
Ictères.	0	1	9	12	0	0	2	2	2	4	4	1	1	6	2	3	5	1
Erysipèles.	10	14	16	10	7	9	12	10	14	7	5	5	4	7	5	8	15	13

Tableau comparatif

Indiquant les principaux caractères de l'état atmosphérique pendant les mois d'avril, mai et juin 1873 (1).

DATES	Thermométrie (Th. centigr.) Avril Min.	Avril Max.	Avril Écart	Avril Moy.	Mai Min.	Mai Max.	Mai Écart	Mai Moy.	Juin Min.	Juin Max.	Juin Écart	Juin Moy.	Baromètre (à midi) Avril MM. 700+	Mai MM. 700+	Juin MM. 700+
	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°	°			
1	7.8	16.1	8.3	11.9	9.4	15.6	6.2	12.5	8.6	12.8	4.2	10.7	54.7	58.6	50.3
2	5.9	17.6	11.7	11.7	7.1	20.9	13.8	14.0	9.2	19.2	10.0	14.2	60.5	55.9	50.2
3	4.9	13.6	8.7	9.2	4.5	14.5	10.0	9.5	9.2	19.3	10.1	14.3	67.2	49.3	52.4
4	7.6	15.6	8.0	11.6	6.3	13.6	7.3	9.9	12.0	23.5	11.5	17.8	60.8	49.4	51.4
5	9.1	11.4	2.3	10.2	5.0	15.3	10.3	10.1	13.1	23.3	10.2	18.2	52.1	47.2	51.4
6	2.8	10.7	7.9	6.7	6.9	13.0	6.1	9.9	13.1	21.9	8.8	17.5	45.7	46.4	51.6
7	1.1	7.9	6.8	4.5	2.7	14.0	11.3	8.3	9.0	16.1	7.1	12.6	47.6	48.2	59.0
8	2.7	9.1	6.4	5.9	5.8	13.2	7.4	9.5	5.8	16.1	10.3	11.0	55.2	46.8	60.0
9	2.5	9.3	6.7	5.9	6.5	15.8	9.3	11.1	6.7	22.9	16.2	14.8	58.3	56.8	58.0
10	2.1	11.1	9.0	6.6	4.5	15.5	11.0	10.0	10.1	25.1	15.0	17.6	54.4	60.1	52.8
11	3.1	12.7	9.6	7.9	10.3	17.1	6.8	13.7	11.3	23.7	12.4	17.5	52.6	62.7	49.6
12	4.1	7.9	3.8	6.0	10.3	22.8	12.5	16.5	10.7	20.5	9.8	15.6	56.5	59.8	44.6
13	5.2	14.3	9.1	9.7	7.9	18.5	10.6	13.2	9.0	18.0	9.0	13.5	55.2	56.7	46.2
14	5.4	21.8	16.4	13.6	3.5	13.0	10.5	8.2	9.8	19.2	9.4	14.5	51.5	58.7	53.1
15	6.9	23.5	16.6	15.2	5.4	18.8	13.4	12.1	12.4	20.8	8.4	16.6	48.7	55.2	52.9
16	2.9	23.6	21.7	16.2	4.8	21.6	16.8	13.2	12.3	21.8	9.5	17.1	44.0	50.4	55.5
17	12.0	17.4	5.4	14.7	10.0	21.9	11.9	15.9	12.3	24.6	12.3	18.5	43.0	44.2	54.9
18	8.9	13.0	4.1	10.9	9.8	23.4	13.6	16.6	14.8	23.0	8.2	18.9	47.4	43.2	56.3
19	9.3	16.9	6,5	13.1	8.1	10.4	2.3	9.2	9.9	24.4	14.5	17.2	51.1	51.3	60.3
20	7.4	10.4	3.0	8.9	5.8	13.7	7.9	9.7	14.7	26.7	12.0	20.7	55.4	62.4	61.6
21	7.5	14.0	6.5	10.7	3.7	18.7	15.0	11.2	14.7	26.5	11.8	20.6	56.0	59.9	62.5
22	7.0	14.4	7.4	10.7	10.2	18.8	8.6	14.5	13.4	29.0	15.6	21.2	51.7	55.8	58.5
23	4.6	9.8	4.2	7.2	9.1	17.3	8.2	13.2	14.4	22.1	17.7	18.3	50.0	54.7	57.3
24	0.0	9.7	9.7	4.8	10,7	18.0	7.3	14.4	10.1	23.0	12.9	16.6	51.6	58.9	59.5
25	-0.1	7.6	7.7	3.7	5.7	20.6	14.9	13.2	14.6	19.1	4.5	16.9	55.8	61.8	56.9
26	-2.7	7.8	10.5	2.5	7.5	25.1	17.6	16.3	11.1	20.8	9.7	16.0	59.3	54.8	62.0
27	0.4	9.5	9.1	4.9	9.5	17.8	8.3	13.7	14.1	21.9	7.8	18.0	52.5	53.8	61.1
28	0.5	10.5	10.0	5.5	8.3	13.2	4.9	10.7	14.3	27.2	12.9	20.8	59.0	59.4	58.0
29	6.6	12.0	5.4	9.3	6.9	15.9	9.0	11.4	15.1	31.8	16.7	23.5	56.9	64.1	53.5
30	3.1	15.3	12.3	9.2	3.8	14.7	10.9	9.3	14.7	20.8	6.1	17.8	60.4	60.3	52.2
31					5.6	13.2	7.6	9.4						57.7	
Moy.	4.9	13.1	10.8	9.0	7.0	17.0	10.0	11.9	11.7	22.2	10.8	17.0	53.7	55.0	55.1

(1) Phénomènes météorologiques remarquables. Avril : *orage* le 9 ; *neige* le 24 ; *grêle* le 26. — Mai :

TABLEAU COMPARATIF

Indiquant, par les moyennes, les principaux caractères de l'état atmosphérique observés à Paris pendant les six premiers mois des années 1372 et 1873.

Mois.	Thermométrie. Moyenne des minima. 1872	1873	Moyenne des Maxima. 1872	1873	Écart. 1872	1873	Température moyenne. 1872	1873
	—	—	—	—	—	—	—	—
Janvier. . .	1.5	2.2	6.3	7.6	4.1	5.2	4.2	4.9
Février. . .	3.5	0.1	11.2	4,5	7.7	3.8	7.3	2.2
Mars.	4.0	3.7	13.9	12.9	9.3	9.0	8.9	8.3
Avril.	5.6	4.9	16.1	13.1	10.4	10.8	10.8	9.0
Mai.	8.1	7.0	16.3	17.0	8.1	10.0	12.2	11.9
Juin.	12.7	11.7	21.2	22.2	9.7	10.8	17.0	17.0

Tableau comparatif

Indiquant les principaux caractères de l'état atmosphérique pendant les mois d'avril, mai et juin 1873 (1).

Hygrométrie — Avril			Mai			Juin			Ozonométrie			État du ciel (Nébulosité)			Vents dominants		
Tens.	Hum.	Pluie mm.	Tens.	Hum.	Pluie mm.	Tens.	Hum.	Pluie mm.	Avril	Mai	Juin	Avril	Mai	Juin	Avril	Mai	Juin
7.62	79	»	8.69	83	0.0	8.06	86	14.2	13.5	5.5	15.0	0.7	0.9	1.0	S.	N.O.	O.S.O.
7.40	79	»	7.15	63	»	8.93	79	9.8	4.0	1.5	11.0	0.6	0.1	1.0	N.N.O.	O.N.O.	S.S.E.
6.27	68	»	6.15	66	»	10.61	90	3.3	6.0	7.5	8.5	0.8	0.8	0.9	N.O.	O.	S.
7.22	76	»	5.48	69	1.3	10.74	71	0.4	4.5	7.0	4.5	1.0	0.6	0.8	O.	O.N.O.	S.S.E.
7.54	87	»	6.54	68	0.1	11.70	78	1.6	12.0	12.0	5.5	0.9	0.9	0.8	O.	S.S.O.	O.S.E.
5.62	82	1.6	6.99	79	5.0	11.31	86	9.0	8.0	18.5	2.0	0.9	0.7	0.9	O.	O.S.O.	N.
5.08	78	4.0	5.89	63	7.9	5.75	59	0.0	»	12.5	11.5	0.7	0.7	0.6	N.O.	S.S.O.	N.
5.18	79	1.4	6.76	78	0.5	6.84	68	»	3.5	12.5	5.0	0.8	0.8	0.7	N.O.	O.	N.N.E.
5.08	73	»	6.61	68	»	8.61	69	»	3.5	7.0	2.5	0.7	0.5	0.5	E.N.E.	O.N.O.	O.
4.16	54	0.9	8.13	78	0.5	8.97	60	»	2.0	9.5	8.0	0.7	0.9	0.2	N.E.	O.	S.S.O.
4.85	68	»	9.09	77	0.3	11.12	77	0.0	5.0	8.0	8.0	0.9	0.9	0.6	N.	O.S.O.	S.O.
5.78	79	»	8.83	62	»	8.59	75	1.0	5.5	2.0	8.0	0.0	0.4	0.8	N.	N.	S.
5.94	72	»	6.08	57	»	9.68	82	4.0	3.5	2.0	17.0	1.5	0.1	0.8	E.S.E.	N.N.E.	S.O.N.O.
7.36	61	»	5.19	58	»	9.79	84	10.6	3.5	4.5	19.5	0.4	0.7	0.8	E.S.E.	N.E.	S.S.O.
7.27	54	»	5.76	62	»	11.58	87	21.8	4.0	4.0	11.5	0.5	0.1	0.7	S.	E.N.E.	S.O.
8.47	61	»	5.52	43	»	10.13	71	»	2.5	4.0	8.5	0.8	0.4	0.8	S.	E.N.E.	S.S.O.
10.05	90	»	10.52	85	9.7	11.46	73	1.2	10.0	4.0	2.0	0.0	0.8	0.9	N.O.	S.	E.
8.77	91	29.1	10.60	77	0.0	12.52	88	29.5	16.5	6.5	10.5	1.0	0.8	0.6	O.N.O.	O.	O.
8.17	78	4.2	6.85	81	2.4	10.91	72	»	9.0	14.0	5.0	1.9	1.0	0.7	N.	N.	S.O.
6.93	80	»	5.00	60	»	11.96	70	»	5.5	5.5	4.0	0.0	0.5	0.4	N.	N.	S.O.
7.99	83	»	6.77	57	0.0	12.29	75	»	0.0	3.5	3.0	1.0	0.8	0.3	N.E.	O.S.O.	N.N.O.
5.84	68	»	9.41	87	0.3	12.21	64	»	0.0	10.5	3.0	1.6	0.8	0.3	N.N.E.	O.S.O.	»
3.86	60	»	9.01	79	3.6	10.03	70	22.8	11.0	13.0	»	0.5	0.7	0.6	N.	O.S.O.	N.N.O.
4.58	74	»	7.85	69	»	10.35	70	0.0	6.0	»	5.5	0.7	0.7	0.6	N.N.O.	O.N.O.	O.
3.20	61	»	6.64	59	»	8.40	65	»	4.0	3.5	8.5	0.4	0.4	0.8	N.E.	E.S.E.	O.
3.81	68	»	7.43	55	»	7.81	57	0.0	4.5	8.0	4.0	0.7	0.5	0.5	N.	O.	O.N.O.
4.60	69	0.2	8.02	79	16.6	10.98	70	0.0	6.0	7.0	5.0	0.8	0.6	0.9	N.	O.	O.S.O.
5.17	66	4.2	7.56	80	0.1	12.99	73	»	14.5	6.5	3.5	0.9	0.7	0.5	O.	N.N.O.	S.O.
6.55	84	0.4	7.66	73	»	13.33	64	»	10.0	7.5	6.5	0.8	0.5	0.4	N.O.	N.	S.O.
7.00	70	3.0	5.87	65	»	11.73	85	18.4	3.0	2.0	13.5	0.9	0.5	1.0	O.	N.N.O.	S.O.
			7.03	77	2.8					4.0			0.8			N.O.	
6.25	73	48.7	7.26	70	51.1	10.31	74	147.6	6.2	7.1	9.9	0.77	0.63	0.68			

le 11, première apparition des *hirondelles; orages* les 17, 18, 26. — Juin : *orages* très-fréquents.

TABLEAU COMPARATIF

Indiquant, par les moyennes, les principaux caractères de l'état atmosphérique observés à Paris pendant les six premiers mois des années 1872 et 1873.

Baromètre. — Pression moyenne.		Hygromètre. — Tension moyenne.		Humidité.		Hauteurs totales de pluie.		Ozonomètre. — Moyenne.	
1872	1873	1872	1873	1872	1873	1872	1873	1872	1873
51.1	52.5	5.56	5.71	87.8	86.7	59.1	37.3	4.7	8.0
54.6	56.4	6.38	4.79	81.2	88.3	26.7	59.1	2.3	4.3
52.9	50.3	6.35	6.40	74.2	78.0	22.7	40.4	3.3	6.2
54.4	53.7	6.89	6.25	70.9	73.0	36.3	48.7	4.7	6.2
54.5	55.0	8.02	7.26	73.5	70.0	70.8	51.1	6.0	7.1
56.1	55.1	10.70	10.31	71.5	74.0	43.8	147.6	6.2	9.9
						259.4	384.2		

Mortalité générale

comparée des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant le premier semestre des années 1867, 1868, 1869, 1870, 1872, 1873.

HÔPITAUX ET HOSPICES.	JANVIER.						FÉVRIER.					
—	1867	1868	1869	1870	1872	1873	1867	1868	1869	1870	1872	1873
Nombre de décès dans les Hôpitaux civils.....	827	956	937	1024	785	841	793	935	909	1112	776	774
Id. dans les Hospices civils.....	241	278	339	219	135	158	230	274	238	282	106	148
TOTAUX.....	1068	1234	1276	1243	920	999	1023	1209	1147	1394	882	922

HÔPITAUX ET HOSPICES.	MARS.						AVRIL.					
—	1867	1868	1869	1870	1872	1873	1867	1868	1869	1870	1872	1873
Nombre de décès dans les Hôpitaux civils.....	962	1041	1036	1217	866	819	905	973	1027	1261	822	848
Id. dans les Hospices civils.....	293	191	280	254	130	160	216	222	216	217	121	177
TOTAUX.....	1255	1232	1316	1471	996	979	1121	1195	1243	1478	943	1025

HÔPITAUX ET HOSPICES.	MAI.						JUIN.					
—	1867	1868	1869	1870	1872	1873	1867	1868	1869	1870	1872	1873
Nombre de décès dans les Hôpitaux civils.....	845	938	918	1313	832	837	733	795	869	1148	714	706
Id. dans les Hospices civils.....	200	206	167	254	114	153	182	164	153	209	118	153
TOTAUX.....	1045	1144	1085	1567	946	990	915	959	1022	1357	832	859

Soit par semestre : 6,427 décès pour 1867; — 6,973 pour 1868; — 7,089 pour 1869; — 8,110 pour 1870; — 5,519 pour 1872; — 5,944 pour 1873.

I. AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES. — Poursuivant les études précédemment entreprises pour préciser la gravité comparée des affections des voies respiratoires pendant diverses années, ou durant diverses périodes des mêmes années, j'ai réuni dans un tableau comparatif les éléments relatifs à cette question, envisagés pendant le premier semestre de six années consécutives; je ne reviendrai pas aujourd'hui sur toutes les particularités démontrées, une fois de plus, par ces recherches statistiques, mais je ferai remarquer seulement une nouvelle preuve du fait que j'ai annoncé, à savoir : l'accroissement progressif de la mortalité pleurétique dans nos hôpitaux; deux chiffres seulement pris dans ce tableau vous montreront nettement la proportion. Dans le premier semestre de 1867, le mouvement des pleurétiques dans les hôpitaux civils de Paris était de 575 et le chiffre des décès de 40, soit une mortalité de 7,03 pour 100; pendant les six mois correspondants de la présente année 1873, le mouvement est légèrement augmenté : 607 malades; mais le chiffre des décès est plus que doublé, 89, ce qui élève le coefficient mortuaire de cette affection à 14,66 pour 100. Je me suis expliqué, dans le précédent rapport, sur la signification qu'il convenait de donner à ces chiffres pour éviter toute méprise, et surtout pour interpréter sainement ce qui a trait à l'extension de la pratique de la thoracentèse.

Tableau comparatif

Indiquant le *mouvement* (1) des Hôpitaux civils pour les principales affections des voies *respiratoires*, les décès dus à ces affections, les proportions centésimales, etc., pendant le premier semestre des années 1867, 1868, 1869, 1870 (2), 1872, 1873.

MALADES	1er SEMESTRE 1867			1er SEMESTRE 1868			1er SEMESTRE 1869			1er SEMESTRE 1870			1er SEMESTRE 1872			1er SEMESTRE 1873		
	Mouvement	Décès	P. p. 100	Mouvement	Décès	P. p. 100	Mouvement	Décès	P. p. 100	Mouvement	Décès	P. p. 100	Mouvement	Décès	P. p. 100	Mouvement	Décès	P. p. 100
Phthisie pulmonaire (3).	3,254	1,559	47.87	2,980	1,628	54.77	2,985	1,620	54.36	5,318	1,790	53.95	2,508	1,288	50.99	2,746	1,477	53.78
Pneumonies (4).	1,166	406	34.88	1,408	456	32.38	1,256	435	33.04	1,843	625	34.66	1,102	343	30.95	949	306	32.24
Bronchites (5).	2,641	97	3.29	2,431	131	5.34	2,595	127	4.91	2,709	223	8.21	2,207	104	4.26	2,220	115	5.18
Pleurésies.	575	40	7.03	682	74	10.41	695	62	9.05	736	83	11.36	574	67	11.93	607	89	14.66
	7,636	2,102	23.26	7,501	2,289	25.72	7,531	2,244	25.34	8,576	2,721	27.02	6,391	1,802	24.53	6,522	1,987	26.46

(1) Le *mouvement* indique le nombre *total* des malades *sortis* de l'hôpital, vivants ou morts.

(2) Nous n'avons pas compris dans ce tableau les six premiers mois de l'année 1871, qui correspondent aux deux sièges de Paris par l'armée prussienne et par l'armée française, et ne peuvent être *comparés* aux périodes normales.

(3) Il n'échappera pas que, la phthisie pulmonaire étant une affection *chronique*, les malades sortis de l'hôpital *vivants* ne peuvent être considérés comme *guéris*, ainsi que cela a lieu, par exemple, pour le plus grand nombre des malades atteints de pneumonie; les chiffres indiqués dans nos relevés ne représentent donc pas la mortalité *absolue* de la phthisie pulmonaire, mais la mortalité *relative* de diverses périodes de même durée *comparées* l'une à l'autre. La mortalité absolue de la phthisie pulmonaire est malheureusement invariable, mais les phthisiques meurent en plus ou moins grande proportion à certaines époques, et ce sont ces variations, excessivement peu considérables d'ailleurs et qui étaient mal connues avant nos recherches, que nous avons précisées dans un grand nombre d'études statistiques, et dont on trouve dans ce tableau un nouveau spécimen.

(4) La mortalité de la pneumonie dans les hôpitaux peut être considérée comme dépassant d'un tiers la mortalité absolue de la maladie; la population nosocomiale, de plus en plus affaiblie par les progrès incessants de l'alcoolisme, résiste mal aux phlegmasies du poumon; de plus, nous sommes obligés de compter dans nos statistiques un grand nombre de pneumonies ultimes survenues chez des vieillards, qui ne sont apportés à l'hôpital que pour y mourir. Il ne faut donc pas conclure de ces chiffres que cet excès de mortalité est dû à l'influence nosocomiale, mais bien le rapporter à sa cause réelle, qui réside dans les conditions particulièrement défavorables (alcoolisme, misère, âge avancé, etc.) que présentent les sujets, qui forment la population de nos hôpitaux.

(5) En ce qui concerne les bronchites, la statistique n'a qu'une valeur très-médiocre; il faudrait absolument catégoriser les espèces; cette lacune est commune à toutes les statistiques médicales, et c'est en vain que nous la signalons depuis grand nombre d'années déjà.

Hôpital Cochin, service de M. Bucquoy. Les affections aiguës de poitrine ont été les plus communes :

Pneumonies : 4 en avril, 4 en mai, 2 en juin. Quoique sur ces 10 cas, 3 se soient terminés par la mort, on peut, avec raison, insister sur la bénignité de ces pneumonies qui, dans les 7 cas suivis de guérison, ont été traitées à peu près exclusivement *par l'expectation*, et sont

entrées en résolution du septième au dixième jour de la maladie. Les 3 cas malheureux se sont rencontrés chez des sujets dans des conditions spéciales : 1° une femme de 48 ans qui était à sa troisième pneumonie et mourut d'une pneumonie droite suppurée, ayant à gauche des lésions avancées de pneumonie chronique ; — 2° un homme de 60 ans, alcoolique, saturnin et goutteux, mort de pneumonie droite suppurée ; — 3° une femme de 40 ans, morte avec hépatisation grise à droite et à gauche.

Pleurésies : 7 cas de pleurésie aiguë (1 en avril, 3 en mai, 3 en juin), tous terminés par la guérison. En général, la maladie durait déjà depuis quelque temps lors de l'entrée des malades à l'hôpital ; les accidents inflammatoires du début avaient été médiocrement intenses et les épanchements peu abondants. 3 malades furent traités par les moyens ordinaires ; 4 par la thoracentèse. Les quantités du liquide extrait ont été : 600 gr., 500 gr., 1,400 gr. et 1,400 gr. *Une seule ponction, sans autre traitement*, a suffi dans ces 4 cas, et la guérison a été beaucoup *plus rapide* que dans ceux où M. Bucquoy s'est contenté, en raison du peu d'étendue de l'épanchement, du traitement ordinaire par les vésicatoires et les diurétiques.

II. AFFECTIONS PSEUDO-MEMBRANEUSES. — J'ai déjà, dans des études antérieures (1), précisé, à l'aide de documents nombreux, diverses particularités peu étudiées ou mal connues de l'histoire des épidémies diphthéritiques ; j'ai fait voir que, à Paris, l'endémo-épidémie diphthéritique subissait chaque année une exacerbation régulière et normale, commençant, en général, plus ou moins brusquement vers le mois de novembre, et atteignant son paroxysme vers le mois d'avril ; j'ai établi également que, depuis un certain nombre d'années, la progression du nombre des décès causés par le croup a été croissante à ce point, par exemple, que le chiffre des décès pour cette affection, qui n'avait été que de 97 pour l'hiver médical (2) 1867-68, s'élevait à 181 pour l'hiver 1871-72 et à 189 pour l'hiver 1872-73, les six mois de ces hivers dépassant ainsi le chiffre total des douze mois d'une année moyenne, qui, calculée pour la période de 1866 à 1869, donne une mortalité annuelle par le croup dans les hôpitaux de 179 seulement.

Si je m'attache avec persévérance à grouper laborieusement ces chiffres, ce n'est pas pour satisfaire une curiosité statistique pure, mais bien pour faire voir combien toutes ces études ont été et sont encore négligées aujourd'hui à tort : la mortalité par le croup, je l'ai plusieurs fois établi, varie non-seulement suivant les régions où l'on observe, suivant les saisons d'une même année, mais encore suivant les épidémies annuelles, dans des proportions assez grandes pour rendre ces variations incontestables, et, par conséquent, TOUTE STATISTIQUE PARTIELLE OU GÉNÉRALE, INVOQUÉE POUR APPRÉCIER TELLE OU TELLE MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE, DOIT ÊTRE CONTRÔLÉE PAR L'EXAMEN DE LA MORTALITÉ GÉNÉRALE DU CROUP DANS LE LIEU OU L'OBSERVATION EST FAITE, ET PAR L'ÉTUDE DE SA MORTALITÉ MOYENNE A L'ÉPOQUE MÊME OU L'EXPÉRIMENTATION EST INSTITUÉE.

Les écarts peuvent aller jusqu'à 20 pour 100 d'une année à l'autre, et il suffira de jeter un coup d'œil sur le tableau suivant, où nous avons réuni les éléments de la mortalité du croup pour les six premiers mois des cinq dernières années, pour s'en rendre compte :

	1er SEMESTRE 1868	1er SEMESTRE 1869	1er SEMESTRE 1870	1er SEMESTRE 1872	1er SEMESTRE 1873
Mouvement. .	162	146	179	255	248
Décès.	99	118	130	176	188
P. p. 100. . .	61,11	80,82	72,62	69,01	75,80

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Voyez : 1° le rapport pour les mois de novembre et de décembre 1869, dans lequel j'ai dressé un tableau comparatif indiquant, pour les années 1866, 67, 68, 69, les *principales affections* de nature à être influencées par la constitution régnante, observées dans les HÔPITAUX de Paris, le *mouvement annuel*, le chiffre des *décès*, leur *proportion* centésimale annuelle, la *mortalité totale* des quatre années, la *moyenne annuelle*, et la *proportion* centésimale ; — 2° les rapports pour les mois de mars et avril, et de mai et juin 1872.

(2) J'appelle *hiver médical* la période qui correspond aux six mois réunis de novembre, décembre, janvier, février, mars et avril.

PATHOLOGIE

DE LA PÉRITONITE RHUMATISMALE;

Mémoire lu à la Société médicale d'émulation, dans la séance du 12 juillet 1873,

Par le docteur Henri DESPLATS.

Depuis qu'il a été démontré que l'action du rhumatisme ne porte pas seulement sur les articulations et les gaines synoviales, l'observation clinique permet de constater tous les jours des rhumatismes du péricarde, de la plèvre, des muscles, des méninges, etc. Les auteurs classiques signalent même, dans l'énumération des inflammations rhumatismales possibles, la péritonite. Mais si, ne se contentant pas de cette simple affirmation que l'analogie nous pousse à accepter sans conteste, on demande des observations probantes; si on recherche des faits confirmatifs, on s'aperçoit bien vite qu'ils sont fort rares, sinon introuvables. De là vient, sans doute, qu'après avoir signalé comme complications du rhumatisme articulaire, la péricardite, la pleurésie, la péritonite, les auteurs décrivent les deux premières et n'insistent pas sur la dernière. J'avais déjà été frappé de ce fait, lorsqu'il me fut donné d'observer dans le service de mon excellent maître, M. le professeur Chauffard, un malade atteint de rhumatisme articulaire et musculaire qui succomba à une péritonite. Je fis alors quelques recherches qui me montrèrent combien les auteurs sont sobres de détails sur cette affection; cependant, je fus assez heureux pour découvrir quelques faits analogues au mien, et ce sont les conclusions qu'il est possible de tirer de ces faits que je vais essayer d'exposer.

Quoique le petit nombre d'observations dont je dispose ne me permette pas d'entreprendre une histoire complète de cette affection, j'essayerai d'en donner les principaux caractères, qui me semblent du reste parfaitement d'accord avec ceux des autres inflammations rhumatismales des séreuses. Ainsi, les faits dont je dispose me permettent de dire que la péritonite rhumatismale peut être locale ou générale; qu'elle peut être primitive ou secondaire, se développer isolément ou concurremment avec d'autres manifestations rhumatismales, viscérales ou articulaires; qu'elle peut donner lieu à un exsudat fibrineux, séro-fibrineux, et même à un exsudat purulent ou sanguin. Enfin que, suivant les cas, elle peut être bénigne et fugitive, ou fixe et mortelle.

Il me sera difficile de mettre toutes ces propositions hors de doute, mais mon but sera atteint si je parviens à attirer l'attention sur cet ordre de faits si négligés et si mon insuffisant essai donne lieu à des travaux plus importants.

M. Chauffard a, dans un mémoire intitulé : *Etudes cliniques sur la constitution médicale de* 1862, présenté à la Société médicale des hôpitaux un fait très-remarquable de péritonite rhumatismale que je vais d'abord citer. Ce fait, qui a été reproduit en 1870 dans la thèse de M. Hallez, est le plus probant qu'on puisse produire en faveur de l'existence de la péritonite rhumatismale. Il s'agit d'un jeune homme qui, après quelques troubles digestifs, est pris tout à coup de fièvre vive, de vomissements et de douleurs dans le ventre; sous l'influence d'une large application de sangsues les accidents abdominaux disparaissent, quoique la fièvre persiste, et sont remplacés par des douleurs articulaires portant sur les genoux, qui sont tuméfiés et rouges; de là les douleurs se portent sur d'autres points du corps, et, enfin, la maladie se termine par une forte crise sudorale amenant une abondante éruption de *sudamina*. Voici, du reste, le fait tel que le donne M. Chauffard :

Péritonite rhumatismale et hyperémie du foie. — *Rhumatisme articulaire aigu.* — Après trois ou quatre jours de maladie caractérisée par des vomissements bilieux suivis d'une abondante diarrhée, un jeune homme de 17 ans, de constitution médiocre, entre, un dimanche d'octobre 1861, à l'hôpital de la Pitié où nous étions de service par intérim. Lundi matin, le facies du malade est profondément altéré, pâle, exprime la souffrance abdominale; la peau est chaude; le pouls, faible et précipité, bat à 121 pulsations; la parole coûte des efforts, le malade répond très-brièvement ou se tait pour ne pas réveiller des douleurs pénibles dans le flanc droit; la

diarrhée persiste; la palpation du ventre est douloureuse, surtout au niveau et au-dessous des fausses côtes du côté droit; le foie, notablement augmenté de volume, dépasse de deux larges travers de doigts le bord inférieur des côtes; rien de notable vers les organes de la respiration.

Quinze sangsues sont placées sur la région douloureuse de l'abdomen; les piqûres en fluent abondamment. Cette médication antiphlogistique amène dès le lendemain une amélioration manifeste; la douleur est presque éteinte; le volume du foie a déjà baissé; la diarrhée a beaucoup diminué; néanmoins, fait essentiel à noter, la fièvre persiste entière (médecine expectante).

Le lendemain mercredi, nous nous trouvons en face d'un autre ordre de phénomènes : le jeune malade se plaint de douleurs survenues durant la nuit dans les deux genoux, particulièrement dans le genou droit; nous les trouvons tuméfiés, douloureux, avec rougeur extérieure diffuse, épanchement léger dans la synoviale; la fièvre est plus intense; à l'auscultation, bruit de souffle rude au premier temps des bruits du cœur; la diarrhée a entièrement cessé, les douleurs abdominales ont entièrement disparu.

Le jeudi, les mêmes phénomènes persistent; en plus, le rhumatisme a envahi les deux articulations tibio-tarsiennes (la poudre de Dower, prescrite dès la veille, est continuée à dose plus élevée). Des sueurs profuses se déclarent et provoquent une éruption abondante de *sudamina*; les urines, rares jusqu'ici, coulent copieuses; sous cette influence, le pouls se calme; la chaleur fébrile s'éteint; et, malgré une nouvelle manifestation rhumatismale vers les membres supérieurs, une franche convalescence s'établit au bout de peu de jours (Chauffard, *Études cliniques sur la constitution médicale de* 1862. *Archiv. gén. de méd.*, 1863, t. I, page 660).

Je ne puis laisser passer cette observation sans faire quelques remarques.

Chez ce jeune homme, la péritonite a précédé de six jours les manifestations articulaires du rhumatisme et elle s'est déplacé, avec une extrême facilité, sans laisser trace de son passage. C'est bien là la marche habituelle des fluxions et des inflammations rhumatismales, aussi aucun doute ne reste-t-il sur la nature de l'affection. Mais combien le diagnostic serait plus incertain si la fluxion articulaire avait manqué. Qui oserait, en pareil cas, dire qu'on a affaire à une péritonite rhumatismale? Et cependant n'est-il pas permis de penser que, de même qu'il y a des pleurésies ou des péricardites qui constituent, à elles seules, une attaque de rhumatisme, il peut y avoir des péritonites dans le même cas? Ne pourrait-on pas soutenir, par exemple, que les péritonites aiguës dites *à frigore* qui surviennent quelquefois sous l'influence du froid, d'autres fois sans cause appréciable, ne sont autre chose que des péritonites rhumatismales? Je sais bien que, pour le moment, les faits manquent pour soutenir cette hypothèse, mais l'analogie ne nous permet-elle pas de l'émettre?

Au lieu de précéder les autres manifestations rhumatismales, la péritonite peut les suivre; des faits de ce genre ont été signalés par les anciens, auteurs qui les décrivent sous le nom de *métastase rhumatismale*. M. Andral, dans sa clinique, en cite un qui semble très-frappant et que je vais reproduire :

Péritonite dont l'invasion coïncide avec la disparition d'un rhumatisme articulaire. Épanchement rouge dans le péritoine. — Un homme de 50 ans, atteint d'une ancienne incontinence d'urine, et ayant depuis trois mois du dévoiement par intervalle, avait un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre, lorsqu'il entra à la Charité au commencement du mois de novembre 1821. Nous vîmes tour à tour, jusqu'au 16 novembre, diverses articulations gonflées et douloureuses. Plusieurs saignées furent pratiquées. Le 17, les deux poignets et l'épaule gauche étaient le siége du rhumatisme; le mouvement fébrile persistait; jusque-là, d'ailleurs, rien n'avait annoncé l'affection d'autres organes. Dans la journée, les articulations que je viens d'indiquer cessèrent tout à coup d'être douloureuses et tuméfiées; aucune autre ne devint malade; mais, pour la première fois, de vives douleurs se firent sentir dans l'abdomen; elles augmentèrent toute la nuit, et le lendemain matin 18, elles étaient tellement intenses qu'elles arrachaient des cris au malade; la pression ne les exaspérait pas, mais elles ne diminuaient pas non plus. La face, décolorée, exprimait l'anxiété la plus vive; le malade se plaignait d'avoir froid, et, en effet, la température de la peau était très-élevée; le pouls, très-fréquent, conservait de la dureté. Ce nouvel ensemble de symptômes ressemblait à ce que les anciens médecins désignaient sous le nom de *métastase rhumatismale*. La principale indication à remplir paraissait être de rappeler l'irritation à son siége primitif. Dans ce but, des cataplasmes sinapisés furent

appliqués tour à tour sur diverses articulations, en même temps que des sangsues furent appliquées en grand nombre sur l'abdomen; puis le malade fut mis dans un bain chaud; des frictions stimulantes furent faites sur les membres, et, dans la soirée, deux vésicatoires furent appliqués aux cuisses. Mais ces divers moyens devaient être inutiles, et, le lendemain matin 19, l'état du malade avait singulièrement empiré; la douleur abdominale était portée dans tous les points du ventre au dernier degré d'intensité; elle augmentait par la pression, par le toucher le plus léger, ce qui n'avait pas lieu la veille; de plus, l'abdomen avait acquis un remarquable développement, et l'on y sentait une fluctuation évidente. Quelques nausées avaient eu lieu sans vomissement. Le pouls, toujours très-fréquent, avait perdu sa dureté, et il présentait quelques intermittences. Le malade succomba dans la nuit du 19 au 20, avant la fin du troisième jour depuis l'invasion des douleurs abdominales.

Autopsie. A peine eut-on incisé les parois abdominales, qu'on vit s'échapper à travers l'ouverture un flot de liquide d'un rouge intense, au milieu duquel nageaient quelques flocons blanchâtres. Tout le paquet des intestins était coloré en rouge, et à la surface de plusieurs anses étaient déposées des concrétions membraniformes également colorées. Le liquide qui remplissait le péritoine ressemblait entièrement au sang qu'on vient de tirer d'une veine; d'ailleurs on n'observait rien qui ressemblât à des caillots, et l'on ne trouva aucun gros vaisseau ouvert. A l'intérieur du tube digestif, on ne rencontra d'autre lésion qu'un développement très-marqué des follicules de la fin de l'intestin grêle, du cœcum et du commencement du côlon; ces follicules étaient limités par un cercle noir, et, à leur centre, existait un autre point noir. (*Clinique* d'Andral, t. II, p. 572.)

M. Andral fait suivre cette observation des remarques suivantes :

« L'observation qu'on vient de lire peut être rapprochée de ces cas de pneumonies, de péricardites, de pleurésies, dont l'invasion coïncide avec la disparition d'affections rhumatismales aiguës; c'est ici une péritonite qui remplaça un rhumatisme. »

Cependant, si la coïncidence entre la disparition des manifestations articulaires et l'apparition de la péritonite est hors de doute, l'existence de l'épanchement sanguin ou sanguinolent, que l'auteur signale, ne permettrait-il pas de mettre la péritonite sur le compte d'une autre cause? Pour le lecteur il pourrait y avoir quelque doute, mais il n'en existait pas dans l'esprit de M. Andral qui, après un minutieux examen, exclut toute idée de perforation, pour affirmer que cette espèce d'hémorrhagie devait être mise sur le compte de l'inflammation du péritoine : « Ce liquide, dit-il, était du sang, ou, du moins, de la sérosité unie à la matière colorante du sang, qui en un très-court espace de temps avait été exhalée en énorme quantité à la surface interne de la membrane séreuse; il y avait, de plus, des flocons, des fausses membranes, qui attestaient que cette sorte d'hémorrhagie se trouvait liée à un état inflammatoire du péritoine. »

Du reste, il ne faudrait pas trop s'étonner de l'apparition d'hémorrhagies dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Tout le monde sait combien peu est rare l'apparition du purpura chez les rhumatisants, dans l'intervalle de leurs attaques ou pendant leurs attaques; et qu'est-ce que le purpura, sinon une hémorrhagie sous-cutanée? M. le docteur Perroud, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a même publié dans le journal de cette ville (1867), sous le titre de : *Rhumatisme hémorrhagique*, une série d'observations de rhumatismes dans le cours desquels s'étaient produites des hémorrhagies dans la peau, les masses musculaires et les muqueuses. Il est donc certain, quoique le fait soit rare, qu'il peut se produire dans le cours du rhumatisme des hémorrhagies. J'en trouve un autre exempte très-frappant dans une autre de mes observations de péritonite rhumatismale que voici :

Myalgie rhumatismale. — Orchite. — Péritonite. — Mort. — Le malade, âgé de 31 ans, exerçant la profession de forgeron, entra à l'hôpital Necker le 4 janvier 1878, dans le service de M. Chauffard.

Il ne présentait aucun antécédent rhumatismal personnel ni du côté de ses ascendants. Sa mère, morte probablement tuberculeuse, avait été atteinte pendant des années d'une couperose, et lui-même présentait depuis son adolescence des boutons d'acnée rosacée. Sa santé était bonne, quoiqu'il n'eût aucune des apparences de la vigueur. Ce malade, que sa profession exposait aux refroidissements, avait été soumis, cinq ou six semaines avant, à un travail

exagéré qui avait duré une quinzaine de jours. Les accidents pour lesquels il entrait à l'hôpital avaient débuté depuis deux septénaires.

C'étaient, en même temps qu'une fièvre assez vive, des douleurs dans les membres. Il était difficile, au moment de l'entrée, de savoir si ces douleurs avaient occupé les articulations ou la continuité des membres; on pouvait, cependant, constater encore, le 4 janvier, un peu de gonflement de l'articulation radio-carpienne gauche. Ce jour-là, tandis qu'il était facile d'explorer les jointures, on ne pouvait porter la main sur les muscles sans que le malade n'accusât, par ses cris, les douleurs les plus vives. Les douleurs étaient surtout grandes au niveau de la cuisse gauche et aux deux bras; elles existaient aussi sur les autres points, mais moins accusées. Il y avait aussi de la fièvre avec une élévation très-appréciable de la température, et de l'anorexie (M. Chauffard prescrivit un vomitif ipéca-stibié). Le malade vomit abondamment, et le lendemain, 6 janvier, accusa un peu de soulagement.

Le soir, à la visite, en l'examinant plus attentivement, il me sembla que les douleurs, au lieu d'occuper les masses musculaires, comme je l'avais cru d'abord, existaient surtout sur le trajet des nerfs, particulièrement sur les points qui étaient moins rapprochés de la racine du membre : ainsi le sciatique commençait à être douloureux à la partie moyenne de la cuisse et le médian à la partie moyenne du bras. Je pouvais prendre et presser dans ma main toute la masse des muscles de la cuisse, sans que le malade accusât de la douleur, tandis que, si je pressais sur un des points d'émergence du nerf, il paraissait souffrir beaucoup. L'examen attentif du cœur, des plèvres et des articulations les montrait parfaitement intacts. (A ce moment-là, des renseignements fournis par le malade, il résultait d'une façon très-manifeste que les douleurs avaient voyagé.)

7 *janvier*. Les douleurs étaient très-vives, le pouls oscillait entre 120 et 130 pulsations, la peau était très-chaude. (Potion contenant 8 grammes de bromure de potassium.)

8. Le malade n'ayant pas dormi et les douleurs persistant, on supprime le bromure et on prescrit des injections morphinées. Ce jour-là, l'exploration attentive des parties montre que les muscles sont très-douloureux.

9 et 10. Injections morphinées; *statu quo*.

11. Un peu d'amélioration; les douleurs sont moins vives; le pouls est toujours fréquent. (Sulfate de quinine, 1 gramme. Depuis quelques jours, le malade prend une infusion de 0,80 de feuille de digitale.)

12. Vomissements pendant la nuit; cependant, pas d'aggravation apparente. On supprime tout médicament.

Soir. Douleurs très-vives dans le ventre (les membres sont tout à fait libres); de temps en temps surviennent de véritables accès douloureux très-violents, en même temps vomissements bilieux et hoquet très-fatigant. (Application d'un sinapisme au creux épigastrique, glace.)

13. Les coliques ont continué pendant la nuit; le malade a eu douze selles. La place où a été appliqué le sinapisme est très-rouge, et sur plusieurs points présente des taches de purpura; le bord des paupières, surtout de la paupière gauche, a une coloration bleuâtre, comme ecchymotique. Le pouls est toujours très-fréquent, 130 pulsations. (Injections sous-cutanées de morphine, lavements laudanisés, 2.)

14. Le pouls est toujours fréquent; les douleurs occupent l'abdomen (parties profondes). Il y a eu pendant la nuit plusieurs vomissements bilieux; dix ou douze selles, les dernières contenaient du sang mêlé aux matières brunâtres. Sur l'abdomen, particulièrement du côté gauche, pluie de taches de purpura; sur le haut de la cuisse, du même côté, taches de même nature surmontées d'une petite vésicule. Sur les cuisses, deux taches bleues ecchymotiques. La paupière gauche est très-noire. Les membres sont toujours libres. (Potion avec 0,40 de tannin, limonade sulfurique, lavements laudanisés, bouillons froids.)

Soir. Le malade souffre moins; il n'a pas été à la selle depuis le matin. Le pouls ne descend pas.

15. Amélioration. Douleur dans le testicule droit, qui est un peu augmenté de volume. (Continuer le même traitement.)

16. Le malade s'étant levé pour aller sur le bassin, s'est probablement refroidi; aussi, pendant la nuit, les vomissements, la diarrhée et le hoquet ont reparu; on a même trouvé du sang dans les deux dernières selles. Les taches de purpura persistent en même temps que la fièvre. Le ventre est toujours douloureux et un peu ballonné.

17. L'affaissement est très-grand; le pouls très-fréquent (128); les douleurs un peu moindre. Des taches de purpura se sont montrées sur la main et le bras droit. Le testicule droit est toujours plus volumineux, un peu rouge et douloureux.

Soir. Le hoquet est continu, très-pénible et accompagné fréquemment d'efforts de vomissement et de vomissements bilieux. Le ventre est très-douloureux, surtout dans l'hypochondre

et la fosse iliaque gauche. Le pouls est petit et très-fréquent. La faiblesse extrême. Le purpura pâlit. Pas de selles. (Injections morphinées.)

18. La faiblesse augmente. Le hoquet continue. Le ventre, plus ballonné, semble moins douloureux; on peut le percuter légèrement. Les vomissements n'ont pas cessé. (Application de glace sur le ventre, eau de Seltz, lavements laudanisés.)

Soir. Le malade a déliré pendant presque toute la journée. Le délire n'était pas continu. Pouls très-petit et très-fréquent. Mort pendant la nuit.

Autopsie faite trente-six heures après la mort. Raideur très-grande du cadavre; ballonnement du ventre.

A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouve presque pas de liquide, mais les anses intestinales font immédiatement hernie. Elles ont une coloration bleuâtre, très-prononcée, et plusieurs présentent des traces de fausses membranes; c'est surtout vers le mésentère et le petit bassin que l'inflammation paraît s'être développée. En ce point, outre les fausses membranes, très-peu solides, qui unissent les anses intestinales, il y a sur plusieurs points du pus en petite quantité.

L'ouverture de l'intestin ne nous apprend rien d'important; la muqueuse est colorée par la bile et est souillée sur plusieurs points par les matières fécales; à la partie inférieure de l'intestin grêle, sur une étendue assez limitée, les villosités sont plus rouges, surtout sur leurs bords, et paraissent avoir été le siége d'une apoplexie. Les poumons sont revenus sur eux-mêmes, noirâtres, mais ne présentent aucune lésion. Le cœur est sain. Les muscles, examinés à l'œil nu, n'offrent pas d'altération. Les articulations sont intactes.

Ce fait, très-remarquable à d'autres points de vue, me semble pouvoir être rapproché de celui de M. Andral et de ceux publiés par M. Perroud; il offre aussi un exemple très-frappant de péritonite rhumatismale grave. Tandis, en effet, que dans le premier cas que nous avons emprunté à M. Chauffard, la péritonite qui avait signalé le début de l'attaque de rhumatisme, fut passagère et légère dans les deux faits suivants, où l'apparition des accidents péritonéaux graves coïncide avec la disparition des accidents articulaires, la mort a été bien près du début. Il semble que dans ces cas, comme dans ceux de rhumatisme cérébral, l'apparition de cette nouvelle localisation morbide ne soit pas liée à l'évolution même de la maladie, mais vienne la clore, puisque, depuis le moment où elle se montre jusqu'à la mort, ce n'est plus à un rhumatisme qu'on a affaire, mais à une péritonite aiguë.

Si donc je voulais en ce moment tenter une division clinique de ces formes de péritonite, je distinguerais dans la péritonite générale au moins deux formes importantes : une première, dans laquelle la péritonite évolue comme le rhumatisme lui-même, sans empêcher les autres manifestations de la maladie, et sans effacer les caractères généraux de l'affection rhumatismale aiguë. Cette forme me semblerait correspondre à ces pleurésies qu'on observe si fréquemment dans le cours du rhumatisme, et qui, souvent, n'ont pas besoin, lorsqu'elles ne donnent pas lieu à de trop grands troubles respiratoires, d'un traitement spécial.

L'autre forme pourrait être, au contraire, comparée au rhumatisme cérébral et correspondrait à ce que les anciens ont décrit sous le nom de *métastase rhumatismale*. Elle ne conserverait rien dans son allure du rhumatisme, et ne serait liée à lui que par son origine.

Je ne crois pas que le petit nombre de péritonites rhumatismales qu'on trouve décrites dans les auteurs donne la moindre idée de la fréquence de cette manifestation morbide, les auteurs ne s'étant attachés qu'aux cas mortels, qui sont le plus petit nombre. Bien souvent on observe dans le cours du rhumatisme aigu des douleurs abdominales qu'on attribue, suivant leur siége, à une congestion viscérale (hépatique, splénique ou rénale), à une entéralgie rhumatismale ou à un rhumatisme des parois, qui ne sont autre chose qu'une fluxion péritonéale qui cède facilement d'elle-même ou ne résiste pas à l'application de topiques calmants.

Quoique je n'aie pas à produire des observations à l'appui de cette affirmation, je la crois cependant très-conforme aux faits cliniques.

Du reste, je ne suis pas le premier à l'émettre. M. Chauffard, dans son mémoire déjà cité, parle de plusieurs cas de pelvi-péritonite qu'il aurait observés en même temps que les rhumatismes articulaires étaient très-nombreux dans son service, et

il n'hésite pas à voir un lien entre ces deux affections. Les motifs qui lui faisaient admettre que ces pelvi-péritonites étaient bien rhumatismales, sont les suivants :

1° La constitution médicale régnante était une constitution rhumatismale donnant lieu particulièrement à des manifestations viscérales;

2° Les habitudes de ces malades, qui étaient exposées au froid, à la fatigue et aux privations;

3° La marche rapide et la terminaison franche de la maladie;

4° Enfin, la coïncidence de manifestations articulaires qui, dans un cas, est venue confirmer le diagnostic.

Voici le résumé très-écourté de cette dernière observation :

Pelvi-péritonite rhumatismale. — Rhumatisme articulaire. — Chez une de nos malades, dit M. Chauffard, vers le quatrième jour de la maladie, en même temps que s'apaisaient les douleurs abdominales, se manifestèrent des douleurs articulaires dans les genoux et les articulations tibio-tarsiennes; la malade disait que ces douleurs, survenues dans la nuit, avaient remplacé celles du bas-ventre. Ces manifestations arthritiques ne se maintinrent pas, il est vrai; le lendemain du jour où nous les constatâmes, elles avaient presque disparu, et la pelvi-péritonite, réveillée, reprenait sa marche; mais celle-ci fut rapide et conduisit promptement à une solution parfaite.

Ces péritonites, même lorsqu'elles sont générales, peuvent s'accompagner de symptômes peu accusés, à tel point qu'elles passeraient inaperçues si l'épanchement auquel elles donnent lieu ne forçait à les reconnaître. Cela est si vrai, que les auteurs qui rapportent ces faits passent sous silence la péritonite, et ne signalent que l'ascite; c'est ainsi que M. Desclaux, de Toulouse, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, donne deux faits d'ascite rhumatismale qui me semblent devoir être rapportés à la péritonite.

C'est bien pour ces cas que la comparaison avec les épanchements pleuraux, qui se produisent sans que rien les annonce, semble juste.

J'ajoute à toutes ces observations un fait communiqué par M. Hérard à la Société médicale des hôpitaux. La malade rhumatisante succomba après des accidents très-graves, et on trouva à l'autopsie une endocardite ulcéreuse, de la péricardite, de la péri-hépatite et des fausses membres sur la dure-mère.

Voici le résumé de l'observation :

Rhumatisme articulaire. — Endocardite ulcéreuse avec symptômes généraux très-graves, sans infarctus. — Péritonite localisée. — Néomembranes de la dure-mère. — Une jeune fille de 20 ans, habituellement bien portante, se présente le 11 avril, en proie à un frisson violent. Il y a deux semaines, après un bain chaud, elle se sentit saisie quelques heures après de frissons, de céphalalgie et de douleurs dans les jambes. Pendant la nuit, les frissons se reproduisirent jusqu'au lendemain, où ils furent remplacés par une fièvre intense. Pendant cinq ou six jours, douleurs aiguës dans les membres et repos au lit. En même temps, céphalalgie, abattement, accès de fièvre. Au bout de ce temps, les douleurs se dissipent et la malade peut se lever; mais les frissons, la céphalalgie et la prostration l'obligent de se recoucher. Elle reste dans cet état jusqu'à son entrée à l'hôpital. La diarrhée avait apparu depuis quelques jours.

Le 12 avril. Face pâle, jaunâtre, profondément altérée; regard inquiet; abattement; céphalalgie intense; sensation très-pénible de pesanteur au creux épigastrique. Articulations non douloureuses, mais douleurs dans les masses musculaires de la cuisse et du bras, inappétence absolue, pas de ballonnement du ventre, pas de taches, pas de diarrhée. Le pouls est petit, fréquent, mais la peau n'est pas chaude. Au cœur, bruit de souffle au premier temps, rude et perçu dans une grande étendue de la région précordiale.

Pendant le séjour à l'hôpital, le pouls fut très-irrégulier, atteignit une extrême fréquence pour retomber ensuite à 100. Le bruit de souffle persista. Les symptômes généraux varièrent peu, mais allèrent en s'aggravant.

Les frissons furent le symptôme dominant et vraiment caractéristique de l'affection; ils se reproduisirent presque tous les jours, quelquefois deux fois par jour, avec une intensité variable, souvent excessive, sans périodicité marquée; la chaleur succédait le plus souvent au froid; elle était rarement suivie de sueur. La langue resta toujours humide; les vomissements furent fréquents pendant le dernier septénaire; la diarrhée fut un des symptômes les plus

remarquables, tant par son abondance que par sa continuité. Le ventre, toujours très-ballonné, ne présenta jamais de taches. Les crachats, d'abord blanchâtres et aérés, devinrent, vers la fin, spumeux et sanguinolents. Enfin, dans les derniers jours, on crut distinguer un léger souffle tubaire à droite, avec quelques râles humides en arrière au sommet du même côté. La dyspnée fut extrême pendant les derniers jours. La malade succomba au progrès de l'asphyxie. (M. Hérard avait porté le diagnostic d'endocardite ulcéreuse.)

Autopsie. Épanchement péricardique; fausses membranes; ulcération sur l'une des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Le foie est petit, mou, en dégénération graisseuse commençante. La surface est recouverte de villosités récentes et molles. (Péri-hépatite localisée.)

La dure-mère présente à la surface interne des néo-membranes vascularisées et des exsudations fibrineuses et molles.

Pas d'infarctus. (Résumé d'une observation communiquée par M. Hérard à la Société médicale des hôpitaux, le 10 mai 1865.)

Dans ce cas, l'existence des fausses membranes, à la fois sur le péritoine, le péricarde et l'arachnoïde, chez une malade qui avait eu évidemment une attaque de rhumatisme articulaire, légitime bien le rapprochement que nous avons tenté entre ces diverses affections, et nous permet de donner une conclusion à ce petit travail en disant :

Que tout ce qui a été dit des inflammations rhumatismales de la plèvre et du péricarde peut être dit des inflammations du péritoine.

MATIÈRE MÉDICALE

PRÉPARATION DU CHLORHYDRATE DE TRIMÉTHYLAMINE;

Par E. PERRET, pharmacien-chimiste de 1re classe.

Je vois plusieurs feuilles, dans des articles concernant la triméthylamine et ses sels, émettre des doutes les plus fâcheux sur la composition des uns et de l'autre. Comme j'ai communiqué déjà à l'UNION MÉDICALE diverses notes à ce sujet, notes que j'ai complétées par une série de réactions communiquées à M. le docteur Baumetz, je ne puis laisser plus longtemps critiquer ce produit et me décide à publier sans commentaire le procédé suivant dont je me sers, partant de ce que j'ai écrit, et du procédé que, le premier, j'ai développé dans l'UNION MÉDICALE, à la date du 23 février 1873.

Mes matières, mises en fermentation propylamique, sont saturées par de l'HCl (acide chlorhydrique) pur, puis séchées à une basse température et à un courant d'air chaud assez vif, produit par le jeu combiné de deux ventilateurs; la matière sèche est traitée : 1° sur le double de son poids d'alcool à 90° bouillant, à plusieurs reprises, puis une dernière fois par son volume d'alcool neuf et chaud. Je laisse l'alcool se refroidir jusqu'à 55°, et je décante. La solution est alors exactement saturée par une dissolution de carbonate de soude ou potasse, puis distillée pour retirer l'alcool. Le résidu est constitué par un mélange de matière grasse et de chlorhydrate de propylamine, bi-méthylamine, etc.; d'ammoniaque très-peu. (Ici je ferai observer très-sérieusement que les matières mises en fermentation sous saumure ne dégagent presque point d'ammoniaque quand la fermentation a été bien surveillée; dans tous les cas, il faut avoir soin, de temps en temps, d'essuyer avec la soude caustique, et chauffer; quand il se dégage de l'ammoniaque, il faut ajouter à la masse une solution à 8° de chlorure sodique et carbonate ég. par ég. :). Le magma est mis en présence d'une solution froide saturée de soude caustique dans un alambic, dont le serpentin est remplacé par une série de flacons de Woolff et chauffé sans que jamais la température intérieure passe 100°.

Dès le premier moment, le gaz se dégage en abondance et vient se dissoudre dans les flacons que l'on a soin de tenir, soit entourés de glace, soit d'un mélange réfrigérant, et dans lesquels vous avez placé, soit de l'eau distillée pure, soit de l'eau additionnée de son volume d'acide chlorhydrique, ou un lait d'acide benzoïque, si votre but est d'obtenir de la propylamine pure ou combinée. Lorsque le dernier petit flacon qui reçoit les bulles de la série de flacons qui le précède dégage à son tour de la propylamine pure, c'est que tous les précédents sont saturés; naturellement, la dissolution saline, toujours un peu colorée, malgré les précautions que l'on peut prendre, est alors filtrée sur le charbon animal préparé, qui absorbe immédiatement la couleur, puis mise à évaporer à pellicule à une température très-basse et sous ventilation. Elle se colore encore pendant cette évaporation; du charbon en suspension lui communique cette coloration, ainsi qu'une matière particulière et carbonée; en

même temps, la liqueur se charge d'une petite quantité de chlorhydrate d'ammoniaque provenant de la décomposition d'une petite quantité de triméthylamine. Arrivée à pellicule, la solution est placée au cristallisoir pendant vingt-quatre heures, et les cristaux, décantés et essorés, sont blanchis par un léger lavage à l'alcool, qui leur enlève toute espèce d'odeur et de couleur. Séchez ensuite. Ces cristaux sont inaltérables, un peu hygroscopiques, et constituent l'hydrochlorate de triméthylamine aussi pur que l'on peut espérer l'avoir, sauf par la synthèse. Avant le lavage, ils sont légèrement colorés et sentent fortement le hareng, mais non l'ammoniaque ni le hareng pourri ; la marée pure et simple, odeur due à l'excès de propylamine qui les souille. J'attends encore pour joindre à mes recherches les dosages de carbone que j'ai faits dans ce sel, pour m'assurer de sa constitution. Mais jamais, et c'est une immense erreur, je n'ai eu un chlorhydrate préparé par mon procédé, à 70, à 80 ; d'autres chimistes disent 30 p. 100 d'ammoniaque. Quant un chlorhydrate contient de telles proportions, déloyauté à part, cela provient ou de l'ignorance du préparateur (je parle de l'ouvrier), ou mauvaise ou insuffisante surveillance de la première préparation des matières.

Les chlorhydrates borate et benzoate se préparent très-facilement et cristallisent *idem* en barbes de plume, écailles ou aiguilles, sont d'un blanc éclatant, et doivent présenter peu ou point d'odeur, sauf quand on les frotte entre les doigts.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE L'ASPIRATION DES LIQUIDES MORBIDES. Méthode médico-chirurgicale de diagnostic et de traitement : Kystes et abcès du foie ; hernie étranglée ; rétention d'urine ; péricardite ; pleurésie ; hydarthrose, etc., par le docteur G. DIEULAFOY. Un volume in-8°. Paris, 1873. G. Masson, éditeur.

C'est une idée bien simple que celle d'appliquer le vide à un instrument perforant pour aller chercher, afin de les extraire, les liquides renfermés dans les cavités qui les contiennent. Et cependant cette idée n'a été connue des médecins que le 2 novembre 1869, par une communication que M. le professeur Gubler fit à l'Académie de médecine, au nom d'un jeune interne des hôpitaux de Paris, M. Dieulafoy, d'un appareil qu'il nomma *aspirateur*, et d'un aperçu général d'une méthode qu'il désigna sous le nom d'*aspiration*. Le point dominant que M. Dieulafoy mettait en relief dans cette communication était le principe sur lequel était basée cette méthode qui embrasse le traitement de tous les liquides pathologiques, principe inséparable de deux conditions : 1° l'usage d'*aiguilles creuses d'une extrême finesse* ; 2° la création d'un *vide préalable*. Cette méthode, qui compte moins d'un lustre, a fait un rapide chemin ; c'est aux applications qui en ont été faites au diagnostic et au traitement d'un grand nombre de maladies que cet ouvrage est consacré.

L'auteur a divisé son livre en cinq parties, luxe de divisions un peu considérable, car sa première partie pouvait faire le sujet d'une courte introduction ; la seconde, la troisième et la quatrième pouvaient être réunies en une seule, puisqu'elles sont consacrées aux applications diverses de l'aspiration ; et la cinquième, qui ne nous paraît pas à sa place, devrait être la première, parce quelle contient la description de l'appareil instrumental.

M. Dieulafoy n'a pas échappé à la condition commune à tous les inventeurs, la priorité de son invention lui a été contestée. Dans la première partie, il revendique ses droits, et pour tout esprit juste et de bonne foi il y réussit. Il est bien certain qu'avant lui on ne connaissait que le pyulque de Galien et ses modifications, le trocart explorateur, les seringues avec pompe, etc.

« C'était aller chercher bien loin ce qu'on avait sous la main, dit l'auteur ; et l'on remontait jusqu'à Galien, alors qu'il fallait penser à Toricelli ou à Guericke. Qu'ai-je fait ? J'ai utilisé le vide et sa force aspiratrice, en simplifiant pour la circonstance la machine pneumatique, et j'ai montré, en imaginant l'aspirateur, comment on peut, en un instant, avoir à son service un vide puissant, capable d'aspirer, à travers les aiguilles les plus fines, les liquides les plus épais. C'était bien simple : il suffisait d'appliquer à la médecine un des principes les plus usuels de la physique, mais encore fallait-il y penser, et j'espère qu'on me rendra cette justice que, le premier, j'en ai eu l'idée. »

M. Dieulafoy étudie ensuite l'aspiration comme moyen de diagnostic et comme moyen de traitement. Les applications au diagnostic et au traitement lui permettent de poser sans restriction le principe suivant et les conclusions suivantes : Il est toujours possible, grâce à l'aspiration, d'aller sans aucun danger à la recherche d'une collection liquide, quel que soit son siége et quelle que soit sa nature.

Quand un liquide s'accumule dans une cavité séreuse ou dans un organe, et quand cette

séreuse ou cet organe sont accessibles, sans danger pour le malade, à nos moyens d'investigation, notre premier soin doit être d'aspirer ce liquide; s'il se forme de nouveau, on le retire encore, et plusieurs fois de suite si cela est nécessaire, de manière à épuiser la séreuse par un moyen tout mécanique, avant de songer à en modifier la sécrétion par des agents irritants et quelquefois redoutables.

Quand les aspirations, souvent répétées, n'arrivent pas à tarir la source du liquide, ou quand ce liquide tient en suspension des particules solides, cristaux de cholestérine ou fausses membranes, qui oblitèrent l'étroit conduit de l'aiguille, on fait usage des lavages et des injections successives, de manière à agir lentement sur le tissu pathologique, et à obtenir progressivement le retrait de la cavité.

Après avoir considéré son sujet en général, M. Dieulafoy entre dans l'examen des cas en particulier dans lesquels l'aspiration a été pratiquée comme moyen de diagnostic et comme moyen de traitement. Vient d'abord un chapitre consacré au diagnostic et au traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie. Quant aux kystes du foie, dont l'auteur rapporte huit observations, il formule les conclusions suivantes :

1. Il est toujours possible, grâce à l'aiguille n° 1 armée du vide préalable, d'aller sans aucun danger à la recherche des kystes hydatiques du foie; et si une première piqûre ne donne pas de résultat, il faut en pratiquer une seconde et une troisième dans la profondeur de l'organe.

2. Les aspirations souvent répétées avec l'aiguille n° 2 ou n° 3, permettent d'épuiser par un moyen tout mécanique le liquide du kyste.

3. Ce liquide peut rester clair et limpide jusqu'à épuisement complet; mais, le plus souvent, il acquiert des degrés divers de purulence. Le traitement est le même dans les deux cas.

4. Si des complications viennent à surgir, ou si les aspirations ne suffisent pas, le meilleur parti à prendre est de placer à demeure un trocart hépatique qui permette de pratiquer tous les jours, ou deux fois par vingt-quatre heures, le lavage de la cavité et l'injection d'un liquide approprié.

5. Il est inutile de provoquer des adhérences au moyen de caustiques, car ce résultat est déjà obtenu par les piqûres qui ont été accumulées sur un même point.

6. Les dimensions du trocart hépatique doivent être modifiées selon les circonstances.

L'aspiration ne paraît avoir été appliquée que deux fois dans les abcès du foie, mais avec succès. L'auteur cite les deux observations.

Dans le chapitre suivant, M. Dieulafoy expose les faits et les résultats relatifs à la méthode appliquée au traitement des rétentions d'urine. Les observations nombreuses qu'il a colligées sur ce sujet lui permettent de dire comme conclusion : « Je viens de décrire une opération innocente, non douloureuse, facile comme exécution et certaine comme résultat. Ce nouveau procédé, que je propose de substituer à ceux qui l'ont précédé, me paraît être une des applications les plus directement utiles de la méthode d'aspiration. Aux anciennes opérations, pleines de danger et d'imprévu, je substitue un moyen qui n'exige ni connaissances anatomiques spéciales, ni habileté chirurgicale particulière; il est à la portée de tous, et le malade, dans un cas pressant, pourrait, à la rigueur, le pratiquer sur lui-même aussi facilement qu'il injecte une solution morphinée avec la seringue Pravaz. »

(*A suivre.*) A. L.

ABSORPTION CUTANÉE. — EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES ET APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES, par le docteur J.-J. Louis BRÉMOND, médecin de l'asile national de Vincennes et du lycée Henri IV, et le docteur Ernest BRÉMOND. Paris, 1873; in-8° de 94 pages.

On sait combien peu est résolue la question de savoir si la peau humaine, absolument intacte, est capable d'absorber des agents médicamenteux tenus en dissolution dans une eau mise en contact avec elle pendant un temps plus ou moins long. MM. Brémond ont fait à cet égard de nombreuses expériences, non plus en prenant l'eau comme véhicule de l'agent, mais bien la vapeur d'eau. Voici comment ils opèrent :

L'appareil dont ils se servent se compose d'un générateur portatif, dans lequel on produit de la vapeur à la pression de deux atmosphères. Ce générateur est muni de deux prises de vapeur garnies de robinet; l'une de ces prises de vapeur permet d'élever à 40° la température d'une cage en bois dans laquelle se trouve le malade, pour commencer l'opération; l'autre est munie d'un tuyau qui vient se fixer sur une des petites branches d'un tube en Y, dont la seconde petite branche est terminée par un cône, percé d'un trou d'un dixième de millimètre de diamètre. Sur cette dernière branche vient se raccorder le tube d'un pulvérisateur de Mathieu, au moyen duquel on peut projeter une solution médicamenteuse dans la grande branche de l'Y, qui va s'ouvrir, en s'évasant en entonnoir, dans la cage en bois. Grâce à cette disposition et à

l'emploi du pulvérisateur, on peut doser le médicament, en accélérer ou en ralentir le débit, suivant la température obtenue dans la cage.

C'est avec cet appareil, et en prenant pour agent l'iodure de potassium, que MM. Brémond semblent avoir prouvé l'*absorption cutanée des substances médicinales non volatiles entraînées mécaniquement par la vapeur d'eau.*

Il va sans dire que, pour éloigner toute objection, les expérimentateurs se sont arrangés de manière à ce que le sujet placé dans la cage ne puisse rien absorber, ni par quelque écorchure de la peau, ni par la voie pulmonaire, ni par la muqueuse de l'anus ou de l'urèthre.

Et toujours le chloroforme et l'amidon ont donné, l'un la coloration rose, et l'autre la coloration bleue dans les urines. Preuve certaine du passage d'une certaine quantité d'iodure de potassium dans les urines et à travers la peau.

De sorte que MM. Brémond sont amenés à conclure ainsi :

1° L'absorption cutanée d'une substance médicinale non volatile ne peut être niée ; elle est établie d'une manière irréfutable dans l'expérimentation ;

2° Dans les cas ordinaires, elle n'est possible qu'à la température de 38°, c'est-à-dire à un degré au moins supérieur à la température du corps ;

3° Dans un bain de vapeur, l'absorption cutanée augmente en raison directe de l'élévation de la température du bain, de sa durée, et de la quantité d'iodure de potassium employée ;

4° Ce sel étant en suspension dans la vapeur d'eau n'est point décomposé par la chaleur ; il est entraîné mécaniquement par la vapeur d'eau jusqu'au contact avec le corps.

De ces faits d'expérimentation à l'application thérapeutique, il n'y avait qu'un pas : MM. Brémond l'ont bientôt franchi. Ils ont soumis à l'épreuve non moins de 229 malades, atteints d'affections rhumatismales, de nécroses, de syphilis, de tumeurs blanches, d'adénites, d'intoxication saturnine, etc., etc. Ces 229 malades ont été traités par les bains de vapeurs, soit térébenthinées, soit à l'iodure de potassium, soit, enfin, sulfureuses, suivant la nature des états pathologiques qu'il s'agissait de guérir ou d'améliorer.

MM. Brémond donnent des détails circonstanciés sur chacun de ces malades ; nous nous contenterons de dire qu'on peut les distribuer de la manière suivante :

Guéris.	116
Améliorés.	49
Sans changement	64
Total. . . .	229

Cette statistique est assez satisfaisante pour que la méthode préconisée par MM. Brémond soit essayée par d'autres praticiens. On ne saurait trop multiplier les moyens à l'aide desquels il est possible de faire pénétrer dans l'organisme des agents modificateurs. Depuis longtemps on fait pratiquer des frictions sur la peau avec des pommades, avec des liniments : c'est la méthode *iatraliptique*. On se sert des plaies ; on en produit par les vésicatoires et la pommade ammoniacale : voilà la méthode *endermique*. On a aussi la méthode *hypodermique*, par l'injection du remède sous la peau, au moyen d'une seringue. Enfin, nous voici en présence d'une quatrième méthode : ce sera, si l'on veut, la méthode *épidermique*. — A. Ch.

MÉMOIRE SUR LA PANCRÉATINE. — ÉTUDE DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE ;

par Th. Defresne, lauréat de l'École de pharmacie.

L'auteur du mémoire s'est livré aux travaux les plus sérieux sur le suc pancréatique et la bile. Il a présenté à l'Institut et à l'Académie de médecine le résultat de ses recherches. Dans ce mémoire il expose l'action manifeste de la pancréatine sur les aliments gras, azotés et amylacés. Il démontre qu'il n'y a nulle antipathie entre le suc pancréatique et le suc gastrique dont au contraire les actions s'additionnent. Un milieu trop acide contrarie bien l'action de la pancréatine, mais tout rentre dans l'ordre en présence de la bile alcaline. Il prouve ces faits à l'aide des trois expériences suivantes : la première sert de contrôle, elle est peu acide, 30 gr. d'albumine disparaissent ; la seconde est acide au point d'attaquer les dents, 10 gr. d'albumine disparaissent seulement ; la troisième est aussi acide que la précédente, mais après une demi-heure, l'acidité en est tempérée à l'aide d'une solution alcaline ; dans ce cas, 29,50 d'albumine sont digérés. Ces faits donnés par la théorie, il les a contrôlés par l'expérience clinique. MM. Chauffard, Delpech, Isambert, Moissenet, Potain lui ayant ouvert l'accès de leurs services hospitaliers, ont employé, non sans succès, les pilules de pancréatine dans la dyspepsie, la lientérie, etc., et l'huile de foie de morue dans les affections de poitrine.

JOURNAL DES JOURNAUX

Rupture du poumon avec hémothorax, par Robert Nelson. — Un fusilier de l'artillerie de marine anglaise, âgé de 40 ans, fut saisi par un éboulement en creusant une tranchée, et resta une demi-heure comme enterré. Retiré dans un état d'insensibilité froide, presque sans pouls, avec une respiration laborieuse, il fut placé à l'infirmerie de Portsmouth le lendemain 21 février 1873. Il était très-faible, haletant, avec toux et une expectoration muqueuse abondante, absolument privée de sang. Râles muqueux profonds, sonorité générale; perméabilité des poumons, pas de douleur locale, absence de fracture des côtes, aucune blessure extérieure, pouls à 86. Malgré une amélioration passagère, sous l'influence des stimulants, les phénomènes pulmonaires s'aggravèrent, la dyspnée augmenta ainsi que les râles; absence de murmure respiratoire, matité, expectoration muqueuse avec *un peu de sang rouge* parfois, et le malade succomba ainsi comme anémié, dix jours après l'accident.

L'autopsie montra 65 onces de sang liquide noir dans la plèvre droite, avec affaissement du poumon correspondant et ne contenant qu'une petite quantité d'air. Une déchirure transversale d'un pouce et demi s'étendait sur la plèvre pulmonaire et comprenait la surface externe, à une certaine profondeur, du lobe moyen. La plèvre costale était intacte et il n'existait aucune fracture des côtes, ni de blessure ou ecchymose des parois. Tout le poumon gauche était emphysémateux avec rupture des vésicules dans un tiers de son étendue. (*Lancet*, 31 mai.)

La rareté d'une rupture pulmonaire dans ces conditions et la difficulté du diagnostic en résultant, rendent ce fait aussi remarquable qu'intéressant. — P. G.

Hypermégalie musculaire progressive. — M. le professeur Orsi désigne sous ce nouveau titre la *paralysie myo-sclérosique* ou *pseudo-hypertrophique* de M. Duchenne (de Boulogne), appuyant cette dénomination sur ce qu'elle exprime mieux la pathogénie de cette maladie. C'est dire qu'il la considère comme une altération de l'appareil locomoteur. Un seul fait, dont le sujet est un enfant de 6 ans, lui sert de base et il s'en réfère, pour le reste, aux travaux des médecins allemands qu'il rappelle sans citer ceux des Anglais, ni celui de M. Duchenne en particulier.

Comme traitement, il prescrit un régime mixte, surtout azoté, l'exercice de l'excitation du système musculaire, le carbonate de fer mélangé à la poudre de fève de Saint-Ignace, et enfin la faradisation des muscles atteints de sclérose. (*Gazz. med. Lombardia*, n° 29, 1872.)

Le docteur De Renzi, chez un enfant de 10 ans, a rencontré des urines albumineuses non signalées jusqu'ici. Une pilule, puis deux par jour, de 25 millièmes de centigramme de strychnine et des applications électriques ont produit une grande amélioration. (*Liguria medica*, n°s 1 et 2, 1872.) P. G.

Rupture de l'artère axillaire pendant la réduction d'une luxation de l'épaule, par le professeur Lister. — Une luxation sous-coracoïdienne de l'humérus s'étant produite chez un homme de 58 ans, le professeur Lister en tenta la réduction huit semaines après l'accident, le blessé étant chloroformisé. En élevant le bras avec force, un craquement fut entendu. L'extension étant faite, une énorme tumeur grosse comme une tête d'adulte se dessina instantanément en bas et en arrière de l'aisselle, manifestement due à une extravasation du sang. Sans perdre de temps, le chirurgien découvrit l'artère axillaire au siége même de la rupture et la lia au-dessus et au-dessous. La tête de l'humérus fut réduite en même temps. Mais la mort survint trois heures après.

L'autopsie expliqua cet accident en montrant les parois athéromateuses de l'artère et la tête humérale entourées d'une masse de tissu ostéo-fibreux, formant une capsule artificielle intimement adhérente à l'artère axillaire. Ce vaisseau adhérait ainsi fermement à l'humérus et à l'apophyse coracoïde. De là sa rupture par les violentes tractions exercées entre ces deux points. (*Edimb. med. Journ.*, mars.) — P. G.

Tétanos idiopathique chez le cheval; guérison par les injections morphinées. — Conformément aux observations faites sur l'homme, notamment par M. Demarquay, qui a pratiqué avec succès des injections morphinées dans la profondeur des muscles contracturés, un vétérinaire de Paris, M. Cryé, les a répétées sur un cheval. A la suite d'un travail de camionnage excessif par une pluie continue, cet animal était tombé malade et ne mangeait plus depuis deux jours. Il était dans un état de raideur générale, les oreilles droites et en avant, la queue portée en haut, les naseaux extrêmement dilatés, etc. Au moindre attouchement de la tête, les corps clignotants recouvraient presque entièrement les globes oculaires. Les mâchoires étaient si serrées que l'on ne pouvait les écarter.

Une solution de 1 gramme de chlorhydrate de morphine dans 50 grammes d'eau distillée fut préparée et injectée comme suit : Avec l'aiguille à séton, une piqûre fut pratiquée dans

chaque masséter, dans laquelle un vingtième de la solution fut injecté avec une seringue ordinaire. Quatre injections furent ainsi faites les deux premiers jours, et, dès le troisième, l'animal pouvait remuer les mâchoires et boire un barbotage avec 8 grammes de bromure de potassium. Huit jours après, il mangeait, et, en injectant la solution morphinée dans les lèvres comme dans les masséters, le malade put se mouvoir et se nourrir convenablement. De même dans l'encolure, qui restait raide, ainsi que les jambes et la queue.

2 grammes de chlorhydrate de morphine ont ainsi été administrés en dix à douze jours, et 50 grammes de bromure de potassium en trois semaines. Depuis, l'animal se porte bien. (*Recueil de méd. vétér.*, mars.) — P. G.

Nouvelles remarques sur les médicaments propylamiques, par M. GUBLER. — L'auteur, après une discussion approfondie des faits publiés, conclut que rien ne justifie la confiance des partisans de la médication propylamique dans le rhumatisme articulaire aigu. Parmi les faits cités à l'appui de cette médication, il en est plusieurs qui sont absolument défavorables, et d'autres où l'on ne saurait rien voir qu'une heureuse coïncidence. Aucun n'apporte une preuve décisive à l'appui de l'opinion accréditée. (*Journ. de Pharm. et de Chimie*, juin 1873.) — J. J.

FORMULAIRE

SOLUTION CAUSTIQUE. — GRAVES.

Nitrate d'argent ou sulfate de cuivre . . .	60 centigrammes.
Eau distillée.	30 grammes.

Faites dissoudre.

On imbibe légèrement de cette solution une petite éponge fixée à l'extrémité d'une baleine, et on la porte à l'entrée du larynx, dans le cas de phthisie laryngée. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 29 JUILLET.

Si vous croyez aux maléfices, et si vous voulez vous en affranchir, voici le grand jour du *Gâteau de Saint-Loup*. Faites ce gâteau avant le lever du soleil ; donnez-lui une forme *triangulaire*. Vous le pétrirez de pure farine de froment, de seigle et d'orge, et vous y ajouterez *trois* œufs et *trois* cuillerées de sel. Et, dès qu'il est cuit à point, donnez-le au premier pauvre que vous rencontrerez. Je connais un homme, habitant de la Franche-Comté, fort savant, charmant causeur, connu par des travaux historiques intéressants, qui ne manque jamais, au 29 juillet de chaque année, de chasser les maléfices par ce moyen. — A. Ch.

COURRIER

Le numéro de ce jour contient un Supplément de huit pages.

INSPECTION DES EAUX MINÉRALES. — Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, M. le docteur Zeller est nommé médecin-inspecteur des eaux de Bussang (Vosges), en remplacement de M. le docteur Masson, décédé.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ DE PARIS, du 19 au 25 juillet 1873 : Rougeole, 14 décès ; — scarlatine, 1 ; — fièvre typhoïde, 11 ; — érysipèle, 10 ; — bronchite aiguë, 19 ; — pneumonie, 34 ; — dysenterie, 2 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 17 ; — angine couenneuse, 10 ; — croup, 5 ; — affections puerpérales, 2 ; — autres affections aiguës, 216 ; — affections chroniques (dont 152 dues à la phthisie pulmonaire), 321 ; — affections chirurgicales, 57 ; — causes accidentelles, 23. — Total des décès : 742.

Ceux de nos lecteurs qui, ne collectionnant pas l'UNION MÉDICALE, posséderaient des numéros de janvier 1873 qui ne leur seraient pas utiles, sont instamment priés de nous les adresser. Il leur sera tenu compte, s'ils le désirent, de la valeur de ces numéros.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Grande déception pour l'assistance très-nombreuse qui se pressait hier dans l'étroite enceinte de l'Académie. M. Dumas, obligé de s'absenter de Paris, a fait lire par M. Buignet le discours qu'il se proposait de prononcer lui-même. Pour l'effet produit, ce n'a pas été tout à fait la même chose, et quoique M. Buignet se soit parfaitement acquitté de sa tâche, la présence de M. Dumas eût été désirable. Ce n'est pas que l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ait apporté des motifs nouveaux de discussion; non; dans un langage élevé, pathétique, montant en quelques endroits jusqu'au lyrisme, M. Dumas a redit ce que les orateurs qui l'ont précédé avaient déjà exposé, mais il l'a répété avec l'autorité de son talent et de sa position. Cependant, M. Dumas est allé un peu plus loin que ses collègues dans la voie des concessions ou, si l'on veut, de la conciliation.

Ainsi, M. Dumas ne contestant pas l'opportunité et la légitimité des demandes relatives à l'autonomie du corps de santé militaire, reconnaît que le chef de ce corps de santé doit être un médecin, que le président du Conseil de santé doit être toujours un médecin; mais, quant aux rapports à établir entre les divers éléments de ce corps de santé, quant à la hiérarchie à fixer entre les médecins et les pharmaciens, M. Dumas, qui a oublié sans doute que l'Académie a été précisément consultée sur ce point, assure que l'Académie n'est pas compétente pour le régler, que c'est au Conseil d'État qu'incombe cette tâche, qu'il accomplira par un règlement d'administration publique.

Religieusement écouté, ce discours ne nous semble pas cependant avoir sensiblement modifié les opinions des dissidents, ce qui est devenu évident par des demandes de clôture réitérées et énergiques.

Mais l'Académie a désiré entendre M. Sédillot, et elle a eu raison, car, dans une improvisation très-réussie et très-spirituelle, cet honorable académicien, sous une forme très-humouristique, a singulièrement intéressé et amusé l'auditoire par un récit très-fin des agissements de l'intendance. Quant à la question de prépotence de la médecine sur la pharmacie, M. Sédillot croit qu'il est impossible d'éviter la subordination de cette dernière.

Au milieu du bruit et des marques d'impatience, M. Bonnafont a dû sacrifier la presque totalité de son discours, dont il nous a été impossible de saisir le moindre mot.

Cris réitérés de clôture, discours pour, discours contre, vote à main levée qui donne juste le même chiffre pour et contre; donc la discussion continue.

M. Poggiale monte vaillamment à la tribune et prend pour principal objectif de sa réplique le discours de M. Legouest, dont les arguments deviennent le sujet d'une vive critique qui passionne l'auditoire pour et contre.

Ce discours, après quelques courtes observations de MM. Legouest et Larrey, termine la discussion générale, dont la clôture est prononcée cette fois à l'unanimité.

Mardi prochain commencera la discussion des conclusions de la commission et des amendements qui ont été présentés.

Cette discussion se terminera-t-elle sans que notre *desideratum* se réalise? Il est acquis, bien acquis, personne non plus ne conteste qu'à tous les points de vue d'utilité générale et de dignité professionnelle, il est nécessaire et urgent que l'autonomie du corps de santé militaire soit reconnue et proclamée par la loi.

Cette autonomie, c'est la rupture des liens administratifs qui attachent le service de santé à l'intendance.

Très-bien! tout le monde veut cela, le demande, même les pharmaciens, dont le vote très-formel a eu lieu en ce sens dans la commission Martinprey.

Mais, rattacher le service de santé au commandement, c'est-à-dire à l'état-major, c'est-à-dire à des officiers tout aussi incompétents que les intendants en matière de médecine, d'hygiène et de pharmacie, en quoi ce changement augmentera-t-il

la liberté d'allures et de mouvements du corps médical? Qu'y gagnera-t-il en spontanéité et en dignité?

Voilà un point qui, à notre sens, n'a pas été suffisamment élucidé, malgré le très-remarquable discours de M. Legouest qui a été, lui, le véritable rapporteur de la commission, puisque le rapporteur officiel a été obligé de se dérober à la discussion.

Un autre point qui laisse aussi un certain nuage dans notre esprit, c'est celui des griefs que l'on a à reprocher à la pharmacie militaire, et qui légitiment sans doute l'amoindrissement réclamé contre elle. Quels sont donc ces griefs? Personne ne les a formulés. On se plaît au contraire, de tous côtés, à faire l'éloge des pharmaciens, de leur science, de leurs services. Il faut l'avouer, il y a là quelque chose d'obscur, et nous croyons être l'écho d'un assez grand nombre de personnes dont la religion et la justice demandent à être éclairées sur ce point.

SYPHILIOGRAPHIE

DES ARTHRITES SYPHILITIQUES;

Par le docteur E. LANCEREAUX, médecin des hôpitaux.

II. — ARTHRITE SYPHILITIQUE TERTIAIRE.

L'arthrite syphilitique tertiaire a été soupçonnée sinon reconnue par les syphiligraphes du dernier siècle. Astruc, parlant des lésions des extrémités osseuses et des hyperostoses, ajoute que l'ankylose peut être la conséquence de ces affections. Fabre (1) reconnaît aussi une ankylose syphilitique. Swediaur (2) dit que le gonflement douloureux des articulations et des os, qu'on présume de nature rhumatismale ou goutteuse, provient souvent du vice syphilitique. Fort différente est l'opinion de Hunter (3), qui ne se rappelle pas avoir jamais vu la syphilis constitutionnelle attaquer les articulations. Nous connaissons sur ce sujet l'opinion de Babington. Ph. Boyer (4) prétend que les capsules fibreuses et les ligaments qui unissent et entourent les articulations sont souvent attaqués d'une inflammation syphilitique; mais la description qu'il donne est surtout relative à l'arthrite blennorrhagique.

Dans ses *Leçons de clinique médicale*, Chomel (5) fait remarquer que la syphilis peut attaquer quelquefois les extrémités comme le corps des os longs; il admet une arthropathie syphilitique et cherche même à en établir le diagnostic différentiel. D'après ce professeur, l'arthropathie syphilitique se distingue du rhumatisme chronique par la limitation du travail morbide à un point quelconque de l'articulation, par la conservation des mouvements et leur exécution sans douleur appréciable. Ricord ne voit pas que l'existence des arthropathies syphilitiques puisse être nettement établie; il ne pense pas qu'elles aient un seul symptôme caractéristique. Le professeur Richet, s'appuyant sur trois observations rapportées dans un mémoire présenté à l'Académie (6), admet deux variétés de tumeurs blanches syphilitiques: 1° la synovite articulaire; 2° l'ostéite articulaire suivie de synovite, selon que la synoviale ou l'extrémité osseuse sont primitivement lésées. Follin (7) a vu un malade chez lequel une médication spécifique réussit tellement bien à combattre une affection articulaire du genou, qu'un traitement chirurgical proposé devint inutile.

Jusqu'ici l'histoire des tumeurs blanches syphilitiques (arthropathies tertiaires) manque du contrôle anatomique. L'observation suivante nous permet de combler

(1) Fabre, *Traité des maladies vénériennes*, 3e édit. Paris, 1777.
(2) Swediaur, *Traité complet des maladies vénériennes*, trad. franç. Paris, 1801.
(3) Hunter, *Œuvres complètes*, trad. franç. de Richelot, p. 565.
(4) Ph. Boyer, *Traité pratique de la syphilis*. Paris, 1836, p. 158.
(5) Chomel, *Leçons de clinique médicale. — Rhumatisme et goutte*, par Requin. Paris, 1837, p. 34.
(6) Richet, *Mém. sur les tumeurs blanches*, et *Mém. de l'Académie de médecine*, t. XVII, p. 37, 1853.
(7) *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 714. Paris, 1860.

ce vide en même temps qu'elle vient affirmer les faits rapportés par nos prédécesseurs.

Altération gommeuse de quelques glandes lymphatiques sous-cutanées. Dyspnée, toux ; symptômes de phthisie pulmonaire. Œdème des membres inférieurs et ascite. Cachexie et mort. Ulcérations et rétrécissement de la trachée et des grosses bronches. Déformation du foie, gommes multiples dans l'épaisseur de cet organe. Altération de la rate et de la plupart des ganglions viscéraux. Ovarite double. Arthrite syphilitique des deux genoux.

La nommée G..., veuve D..., blanchisseuse, est admise à l'Hôtel-Dieu, le 10 juin 1863, dans le service de M. le docteur Gueneau de Mussy. Cette femme, pâle, maigre, cachectique, présente dans la région sus-claviculaire gauche des ulcérations à bords réguliers, non taillés à pic, à fond blafard. L'extrémité interne de la clavicule gauche est volumineuse; il existe une tuméfaction en avant du sternum. Les ganglions cervicaux sont volumineux; le cuir chevelu est par place irrégulier et privé de cheveux. Il existe dans l'aine droite une ulcération linéaire, assez profonde, livide, de date ancienne. Les ganglions inguinaux sont médiocrement développés.

Bien que délicate, cette femme dit qu'elle n'a jamais fait de maladie sérieuse; elle n'a jamais craché de sang. Toutefois, sa santé s'est affaiblie, elle a maigri beaucoup; depuis trois semaines à peu près elle tousse, sa voix est légèrement enrouée, elle a perdu l'appétit et le sommeil, elle a de l'oppression et sa déglutition est pénible. Depuis longtemps elle se plaint de *céphalalgie*. Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'oppression est extrême, la malade ne peut même pas se coucher sur le dos. Pas de signes physiques de tuberculisation. Signes de bronchite intense généralisée, emphysème, augmentation de volume du foie. Cautérisation du larynx avec une solution de nitrate d'argent au 1/7e. Vésicatoires, vomitifs, opium, toniques.

Durant son séjour à l'hôpital, la malade éprouve des alternatives de pis-aller et de mieux-être. Mais son état finit par s'aggraver de plus en plus : elle est prise de diarrhée alternant avec de la constipation, de vomissements répétés; elle perd complétement le sommeil et l'orthopnée devient plus considérable; dans les quinze derniers jours, on observe des signes de péritonite subaiguë. Elle succombe enfin à la suite d'un érysipèle de la face, dans un état complet d'anéantissement.

Autopsie. — Œdème prononcé des membres inférieurs et à peine marqué au niveau de la paroi abdominale. A la partie supérieure de la cuisse droite, un peu au-dessous de l'arcade de Fallope, ulcération et perforation de la peau; les bords de cette perforation sont amincis et violacés. Un ganglion lymphatique situé dans la profondeur est atteint de dégénérescence gommeuse. A la partie supérieure et latérale du cou, en arrière de l'angle de la mâchoire, existent plusieurs ulcérations d'apparence ecthymateuse, avec coloration violacée de la peau à leur voisinage. Dans le tissu cellulaire, immédiatement au-dessous de la mâchoire et sur la ligne médiane, se voit un ganglion gros comme une noisette, qui présente absolument la même altération que le ganglion de l'aine. Absence de cicatrices sur la peau. Pas de trace d'exostoses.

La *cavité abdominale* renferme plusieurs litres d'une sérosité claire et jaunâtre. Les intestins paraissent lavés, mais ils ne présentent aucune altération, pas plus que l'estomac, l'œsophage et le pharynx. Le foie adhère au diaphragme à l'aide de quelques tractus membraneux, situés principalement au niveau de son bord droit et de quelques-uns des sillons qui parcourent sa face antérieure. Il a 25 centimètres de largeur sur 20 de hauteur; sa forme générale est plutôt triangulaire qu'elliptique; sa face supérieure est parcourue par des sillons dont les uns ont une direction transversale, les autres une direction antéro-postérieure. Quelques-uns ont jusqu'à 2 centimètres de profondeur, entre autres un sillon transversal qui divise le lobe droit en deux parties. Outre les mamelons limités par ces sillons, on aperçoit à la surface du foie, au niveau de chaque lobe, plusieurs saillies dures, fermes, blanchâtres, formées par des tumeurs gommeuses. Dans toute sa moitié postérieure, la face inférieure est composée de petites saillies dont le volume varie entre celui d'un pois et celui d'un œuf de pigeon. Le lobule de Spigel est déformé. L'éminence-porte antérieure est doublée de volume, sa surface est lisse, elle ne contient pas de produits gommeux. Les bords de l'organe sont remarquables par leur état mamelonné, tous sont déformés; le bord tranchant, qui est le plus épais, est constitué par cinq mamelons, dont deux sur le lobe gauche et trois sur le lobe droit. Le bord antérieur est relativement le plus mince; on y voit une série de petits mamelons de la grosseur d'une prune ou d'un œuf, constitués par du tissu hépatique; quelques-uns de ces mamelons ne sont reliés au reste de l'organe que par une toile fibreuse composée de la capsule de Glisson et d'un tissu fibreux interposé aux deux feuillets de cette membrane. Des mamelons assez semblables défigurent le bord droit. Sur le bord gauche, la lobulisation existe, mais elle est moins prononcée.

Une coupe antéro-postérieure, pratiquée à la partie moyenne du lobe droit, laisse voir une masse gommeuse qui occupe les 3/4 de l'étendue de ce lobe. Cette masse, de couleur paille, ferme, élastique, d'aspect fibreux, ne se laisse pas pénétrer par le doigt ; elle semble constituée par 4 ou 5 tumeurs agglomérées et déposées au sein d'une substance fibreuse rétractile. La surface de la coupe présente, au voisinage des tractus fibreux, quelques orifices, rudiments des veines sus-hépatiques. Toute la masse gommeuse est circonscrite par une capsule épaisse, fibreuse, rosée ou blanchâtre, au sein de laquelle on trouve quelques dépôts blancs, gommeux, du volume d'une lentille ou d'un pois. Une autre coupe antéro-postérieure, pratiquée au niveau de la partie moyenne du lobe gauche de l'organe, met à découvert une masse gommeuse ne différant de la précédente qu'en ce qu'elle est traversée par plusieurs conduits hépatiques dilatés, plus ou moins altérés et contenant des amas de matière colorante biliaire. Cette masse, constituée par une substance en tout semblable à celle de la première tumeur, semble formée, comme elle, par l'agglomération de plusieurs nodules ; elle est également circonscrite par une zone fibreuse épaisse et résistante qui la sépare du tissu hépatique et dont elle peut s'énucléer. La surface de section de ces différentes tumeurs n'est pas toujours lisse et uniforme, on y voit quelquefois de petites dépressions, comme s'il existait des espaces vides dans leur épaisseur. A côté de ces grosses tumeurs gommeuses, on rencontre principalement sur le lobe gauche plusieurs autres tumeurs moins volumineuses (grosses comme un pois ou un œuf de pigeon) et également enveloppées d'une zone fibreuse au-dessus de laquelle elles font saillie. Quelques-unes, inégales à la coupe, sont traversées par un canalicule hépatique ; toutes sont constituées par une trame fibreuse au sein de laquelle sont dispersés de nombreux noyaux, la plupart ronds ou elliptiques.

La *rate* est augmentée de volume (20 cent. de hauteur) ; la capsule fibreuse, épaissie et blanchâtre, adhère en quelques points au diaphragme. A la coupe, on voit cette capsule épaissie se prolonger dans le parenchyme. Celui-ci est pour ainsi dire carnifié, assez ferme, mais friable, d'une couleur brunâtre parsemée de quelques taches noirâtres. Le *pancréas* est ferme, ratatiné, cirrhosé. Quelques ganglions lymphatiques sous-cutanés sont altérés. Ils occupent les régions sous-maxillaire et inguinale droite. Deux de ces ganglions, ayant le volume d'un petit œuf de pigeon, présentent une coloration jaune, une consistance caséeuse, en un mot, la plus grande analogie avec les gommes ; ils sont constitués surtout par l'hypergénèse des éléments du tissu connectif. Les ganglions profonds ou vicieux sont généralement malades. Dans la poitrine, on trouve, en avant du péricarde, entourés d'un coussinet graisseux, deux ganglions larges, volumineux, un peu mous, grisâtres, offrant une apparence médullaire. D'autres ganglions altérés se rencontrent dans plusieurs points de la poitrine, entre autres au niveau de la racine des poumons. En avant de la colonne vertébrale, et surtout dans la région lombaire, la plupart de ces organes sont triplés ou quadruplés de volume, grisâtres, mous, ayant à peu près le même aspect que ceux de la poitrine. Les ganglions qui accompagnent les vaisseaux iliaques présentent la même altération. Les ganglions mésentériques sont un peu plus fermes ; ils sont également volumineux, brunâtres ou blanchâtres. Les glandes de la partie postérieure de la langue sont saillantes, jaunâtres et volumineuses. Les *uretères* et la *vessie* sont sains. Les *reins* ont leur volume normal ; on les sépare facilement de leur capsule fibreuse, excepté en quelques points où la substance corticale se laisse déchirer. Ils ne présentent pas d'altération sensible à l'œil nu ; l'examen microscopique montre quelques tubuli seulement en état de desquamation. L'*utérus*, normal quant à sa structure, est de petit volume. Les *trompes*, distendues par un liquide couleur chocolat, adhèrent aux ovaires. Ceux-ci sont augmentés de volume, durs, fermes, résistant sous le doigt, à peu près entièrement composés de tissu fibreux. On n'y trouve pas de vésicules de Gräfe, mais seulement quelques kystes très-petits et des taches brunâtres. Leur surface extérieure, légèrement inégale, est coupée en quelques points par une substance grenue et jaunâtre.

L'*épiglotte* est altérée et plus épaisse. Le larynx est sain ainsi que la surface interne de la trachée jusqu'à 3 cent. 1/2 au-dessus de sa bifurcation. A ce niveau, la trachée est rétrécie et présente des ulcérations profondes qui ont détruit la muqueuse et entamé les cartilages. Ces ulcérations, au nombre de trois, occupent la partie inférieure de la trachée et la bronche droite ; l'une d'elles, située à la partie inférieure de la trachée, offre 1 centimètre environ d'étendue ; une autre, au niveau de la bronche droite, a près de 3 centimètres ; le fond en est constitué par du tissu fibreux sous forme de tractus formant des espaces comblés par des ganglions lymphatiques fermes et noirâtres. Un peu plus loin se trouve un ganglion qui est le siége d'un dépôt gommeux. Les bords de ces ulcérations sont mous, irréguliers, festonnés, fibreux ; les anneaux cartilagineux sont nettement coupés. La bronche gauche est plus rétrécie que la droite ; elle n'a pas 2 centimètres de diamètre, et c'est à peine si elle peut loger un porte-plume de petit volume ; sa muqueuse est comme cicatrisée ; les cartilages sont altérés, mais non détruits. Toutes les ramifications bronchiques sont intactes. Les sommets des pou-

mons sont sains; le parenchyme de la base du poumon droit est moins aéré, plus ferme, induré en même temps qu'un peu œdématié. L'examen microscopique laisse voir des cellules épithéliales altérées au sein des alvéoles, et un tissu fibroïde de nouvelle formation.

Une petite quantité de sang liquide existe dans le cœur et les gros vaisseaux; la proportion des globules blancs paraît normale. Le cœur est petit, atrophié; il n'a que 10 centimètres de sa base à son sommet; son tissu est mou et friable. L'aorte est intacte, à part quelques dépôts jaunâtres de petite étendue. Les carotides primitives sont saines, mais la carotide externe gauche présente, au niveau de l'origine de l'artère linguale, un dépôt membraneux qui l'obstrue en grande partie. Ce dépôt siége sous la tunique interne; il est d'un gris rosé, formé de tissu conjonctif et d'une substance grenue. Les muscles des membres supérieurs sont minces et atrophiés.

Les deux *articulations fémoro-tibiales* sont volumineuses; elles renferment chacune plus d'un verre d'une sérosité louche. Les synoviales, épaissies et en même temps injectées, sont tapissées de plusieurs dépôts pseudo-membraneux. A gauche, une fausse membrane jaunâtre unit les deux feuillets synoviaux; à droite, la bourse synoviale du droit antérieur, sans communication avec la cavité articulaire, n'est pas altérée. La surface articulaire du condyle externe gauche est dans un point érodée. Les cartilages articulaires des rotules sont érodés et ulcérés; mais ces altérations ne sont que secondaires, et la lésion principale porte sur les tissus fibreux de l'articulation. Du côté droit, une partie du tendon rotulien, le peloton graisseux situé en arrière de la bourse synoviale, et tous les tissus fibreux qui s'insèrent au pourtour du tibia, sont transformés en une masse informe, jaune grisâtre, élastique, qui a 4 centimètres d'épaisseur sur la ligne médiane. Cette masse, par son aspect, sa consistance et sa structure, se rapproche des produits morbides trouvés dans le foie; elle est formée par un dépôt gommeux. Une simple bandelette fibreuse représente le tendon rotulien, et quelques tractus fibreux semblent diviser la masse gommeuse en plusieurs petites tumeurs. Les ligaments semi-lunaires et interarticulaires sont sains. L'articulation du genou gauche est également altérée, avec cette différence que le peloton graisseux post-rotulien n'a pas disparu aussi complétement que du côté opposé. Au-dessous de ce peloton, en arrière du tendon et en avant du tibia, existe un dépôt gommeux de 2 centimètres d'épaisseur. L'examen anatomique des masses gommeuses articulaires m'a donné une structure identique à celle des tubercules gommeux du foie.

Non moins intéressant au point de vue des lésions viscérales que des modifications articulaires, ce fait permet de faire l'étude anatomique d'une variété importante des arthrites syphilitiques; car, en présence de l'alopécie, de la céphalée, de l'insomnie et de l'ensemble des lésions qui s'y rencontrent, il n'est pas possible, malgré l'absence d'antécédents spécifiques avoués par la malade, de conserver le moindre doute sur la syphilis. Il montre que le tissu cellulaire sous-synovial et le tissu fibreux sont ici le siége d'un néoplasme qui ne diffère, ni par sa consistance, ni par sa coloration, ni par sa composition histologique, des productions syphilitiques du tissu cellulaire sous-cutané et de celles que l'on trouve dans les viscères. Des masses jaunes, élastiques, un peu molles, sèches, situées de chaque côté du ligament rotulien et dans l'espace qui sépare ce ligament de la membrane synoviale, ont atrophié et transformé une partie du peloton adipeux; tapissées par la membrane séreuse d'une part, elles sont, d'autre part, recouvertes par la portion du ligament rotulien qui ne participe pas à l'altération; de chaque côté de ce ligament, elles font saillie sous les toiles fibreuses ou celluleuses qui passent en avant de l'articulation. La membrane synoviale n'est pas sensiblement lésée, mais les cartilages sont secondairement érodés en plusieurs endroits, et c'est aussi sans doute à la suite de l'irritation de la membrane synoviale que s'est produit l'épanchement séreux articulaire. Au point de vue anatomique, cette altération se distingue nettement de l'arthrite scrofuleuse, qui a pour point de départ la membrane synoviale, et que caractérisent des masses molles, fongueuses et vasculaires; elle diffère aussi des arthropathies rhumatismales, qui ne présentent jamais de dépôts analogues aux dépôts gommeux.

Les *symptômes* propres à l'arthrite syphilitique tertiaire sont remarquables par leur faible intensité et par la lenteur de leur évolution. Le fait suivant, que nous avons suivi pendant longtemps, peut en donner une idée des plus exactes :

Chancres, iritis, exostoses, arthropathie du genou gauche, gomme située à la partie antéro-supérieure de la trachée et probablement dans le corps thyroïde.

Le nommé B. G..., âgé de quarante-deux ans, raconte que son père a succombé au choléra de 1854, que sa mère est morte à l'âge de soixante-douze ans, après avoir joui d'une bonne santé. A dix-neuf ans, il contracta une blennorrhagie avec bubon suppuré. Depuis, il fut atteint de plusieurs écoulements uréthraux. Il y a cinq ans, ayant connu une femme affectée de syphilis, il remarqua à l'extrémité du gland un chancre qui disparut après quelques mois d'un traitement simple. On trouve aujourd'hui à ce même endroit une perte de substance peu considérable, avec rétrécissement du méat. Tout d'abord, les manifestations syphilitiques sont absolument nulles : pas de maux de gorge, pas de séphalalgie, pas d'alopécie, pas de plaques muqueuses, pas d'éruptions cutanées. Cependant le malade se sentait fatigué, courbaturé, moins fort, moins énergique; son appétit était conservé. Un an ou quinze mois après l'apparition du chancre survient une iritis droite avec douleur très-vive, rougeur et gonflement oculaire. Cet accident persiste pendant l'hiver de 1859 (pommade de Lyon, purgatifs, traitement Leroy); le malade, pendant six mois, reçoit les soins d'un homœopathe, moyennant une somme de 50 fr. promise d'avance. Pendant le cours de cette iritis, deux tubercules se développent, l'un sur le cou, à droite, l'autre sur l'omoplate du même côté. Ces tubercules durent environ un mois et se terminent par suppuration. A la place qu'ils occupent on trouve deux cicatrices blanchâtres déprimées, assez semblables à celles de la variole.

Vers la fin de l'hiver de 1859-1860 apparaissent des exostoses très-douloureuses sur le frontal droit, les jambes et les avant-bras. N'obtenant aucune amélioration, le malade entre, le 5 décembre 1860, à l'hôpital du Midi. (Pommade belladonée, atropine, iodure de potassium. Bains de vapeur.) Les exostoses ont disparu, l'œil est considérablement amélioré, à la sortie, le 5 mars 1861. Quatre mois plus tard, ce malade est pris de douleurs articulaires qui cessent au bout de quinze jours, sous l'influence d'un traitement approprié. En 1862, il quitte Paris pour la province. Là, il est pris, au mois de septembre, de mal de gorge et de douleurs avec gonflement du genou gauche. La douleur est plus vive la nuit que le jour; elle a son siége à la face interne de l'articulation. Le malade traîne la jambe; malgré ces accidents, il fait de nombreux excès de table (iodure de potassium). Le printemps de 1863 voit disparaître tous ces accidents. Au mois d'août 1863, peu de temps après son retour à Paris, la douleur du genou reprend, puis le mal de gorge reparaît, accompagné cette fois de gêne de la respiration, de toux, d'une expectoration abondante, d'enrouement et même pendant quelque temps d'une aphonie complète. Les liquides avalés reviennent en partie par les narines. Après un mois de traitement, il est admis à l'Hôtel-Dieu (clinique), le 27 octobre 1863. Le facies est pâle et défait, la physionomie exprime la tristesse et un découragement profond. La voix est enrouée, la déglutition difficile et douloureuse, cuissons dans l'arrière-gorge. Respiration gênée, oppression. Expectoration séreuse et abondante. Râles trachéaux. Il existe à la partie inférieure du larynx, au niveau du corps thyroïde, une tumeur du volume d'une grosse noix. On la limite facilement sur les côtés, mais on ne parvient pas à isoler nettement sa face profonde. Elle suit tous les mouvements du larynx. C'est évidemment une tumeur gommeuse du corps thyroïde. Les cordes vocales supérieuses sont rouges, tuméfiées, séparées l'une de l'autre par un intervalle peu considérable. L'un des cartilages aryténoïdes, le droit, est volumineux, dévié en bas; il présente une tache noirâtre, et très-vraisemblablement il se trouve carié.

Le genou gauche est volumineux; au niveau de la rotule, il présente une circonférence de 0,38^{m}, par suite d'accumulation de liquide sous la rotule. Les douleurs dont il est le siége sont moins vives qu'elles n'étaient autrefois, la marche est devenue progressivement très-difficile depuis cette époque. (Iodure de potassium 1 gramme. Quinquina.) Sous l'influence de ce traitement, la gorge s'améliore, la déglutition devient plus facile, la salive est plus commodément avalée, les cuissons sont moins fortes, la poitrine est moins oppressée, le râle laryngé moins fort, l'expectoration est toujours abondante. Le genou est moins sensible et diminue un peu de volume (37 1/2), la voix est beaucoup plus claire. Le malade est moins triste. Le 4 novembre, la voix est presque naturelle, il n'y a plus de cuissons dans l'arrière-gorge, la déglutition est facile. L'oppression est moindre, la toux diminue de fréquence et les râles sont moins nombreux. Le genou seul reste légèrement gonflé et douloureux. La tumeur située en avant du larynx représente tout au plus le volume d'une noisette. Le 17 et le 18, sensation de cuisson dans l'arrière-gorge et douleurs dans le genou gauche, plus violentes la nuit que le jour. — Le 28 novembre, les forces reviennent peu à peu, l'expectoration est moins abondante. Les douleurs du genou gauche se font sentir à de longs intervalles. Cette articulation a presque repris son volume normal (0,36^{c} 1/2); la tumeur du corps thyroïde a presque complétement disparu. 1er décembre, le genou est normal, les douleurs n'y sont plus que rares et fugaces. État de la gorge parfait, tumeur trachéale à peine sensible au toucher.

Le malade quitte l'hôpital le 4 décembre. Son état est des plus satisfaisants. Au bout d'un mois, je le revois; il avait cessé tout traitement : l'enrouement avait à peine reparu, l'articulation contenait une très-petite quantité de liquide, elle mesurait près de 0,37 cent. Huit mois plus tard, ce malade venait me retrouver : il était gros et gras, et tout à fait méconnaissable. Inutile de dire qu'il ne présentait aucun trouble fonctionnel et que sa santé générale était parfaite.

Dans ce fait, comme dans ceux qu'ont observés Richet et Follin, les principaux symptômes notés sont : des douleurs peu vives avec exacerbations parfois nocturnes, une tuméfaction lente de l'articulation avec hydropisie souvent intermittente, sensation, sur les côtés des ligaments rotuliens, de masses molles élastiques, limitées en un ou plusieurs points, au niveau des replis synoviaux, et de plaques indurées et indolentes analogues à des corps étrangers. Ajoutons, dans tous ces cas, l'absence de réaction fébrile et la conservation d'une grande partie des mouvements du membre lésé; car, si les malades en viennent à tirer la jambe ou à boiter, ils sont rarement dans l'obligation de séjourner au lit. Un fait mérite d'être mentionné, c'est que l'articulation du genou est en quelque sorte le siége de prédilection de cette localisation tardive. Tantôt un seul genou est affecté, tantôt les deux genoux sont simultanément atteints. Cependant, d'autres articulations peuvent être envahies par le même processus pathologique, et ce sont en général les grandes articulations plutôt que les petites.

Il est des lésions articulaires également syphilitiques dont le point de départ est non plus le tissu cellulo-fibreux périarticulaire, mais bien les os qui concourent à la formation de l'articulation. Dans ces cas, le gonflement occupe une plus ou moins grande étendue de la continuité de l'os, la douleur vive et lancinante revient surtout la nuit, et la pression du membre est douloureuse. Par suite de cette altération, une sérosité épaisse s'épanche quelquefois à l'intérieur de la cavité articulaire, et si le tissu sous-séreux est simultanément affecté, on peut observer, ainsi que l'ont vu Richet et Cullerier, des corps durs, véritables corps étrangers, situés au niveau des replis de la membrane synoviale.

A ces deux variétés de l'arthropathie syphilitique tertiaire, est-il nécessaire d'en ajouter une troisième dont le point de départ serait la membrane séreuse? Nous ne le pensons pas. Le tissu conjonctif sous-séreux est, en effet, plutôt que la synoviale, le siége primitif des arthrites syphilitiques indépendantes d'une lésion osseuse. Pour terminer, disons que les tumeurs gommeuses voisines des articulations ont quelquefois fini par pénétrer jusque dans la cavité articulaire. C'est ainsi que Coulson (1) a vu une tumeur syphilitique de la partie inférieure de la cuisse communiquer avec l'articulation du genou.

La lenteur d'évolution de l'arthrite syphilitique tertiaire rend sa durée généralement fort longue, mais heureusement sans grand inconvénient pour les malades. Ces affections, comme toutes celles qui reconnaissent la même origine, n'ayant aucune tendance à la suppuration, peuvent encore guérir, lors même qu'elles sont déjà très-anciennes. La guérison est du reste leur mode de terminaison habituel, quand elles sont reconnues et traitées; autrement, elles continuent leur évolution, sans éprouver le moindre changement de la part des médications non spécifiques; aucun fait n'indique qu'elles aient donné lieu à des déformations persistantes ou à des désordres articulaires irrémédiables.

Les lésions articulaires liées à la scrofulose et au rhumatisme chronique, certaines hydarthroses qui n'éveillent qu'un léger mouvement fébrile, telles sont les affections que l'on peut confondre avec l'arthrite tertiaire. Dans la tumeur blanche scrofuleuse, le gonflement est plus rapide et plus considérable; les parties tuméfiées donnent aux doigts la sensation d'une sorte d'empâtement général, et non celle de plaques circonscrites et indurées; l'articulation affectée perd bientôt ses mouvements, et fréquemment l'altération finit par l'ankylose. Les lésions articulaires du rhumatisme chronique ne tardent pas à présenter des déformations

(1) Coulson. *The Lancet*, mars 1858.

caractéristiques, elles se généralisent d'ailleurs plus que celles de la syphilis. Dans l'arthrite sèche, un frottement rude et sec se fait sentir pendant le jeu de l'articulation. Enfin, les hydarthroses simples ne se montrent pas en général chez des individus cachectiques et pour ainsi dire toujours marqués au coin d'une maladie sérieuse et profonde, telle que la syphilis. L'arthrite blennorrhagique se distingue par les circonstances au milieu desquelles elle apparaît, par la douleur et le gonflement qui l'accompagnent, comme par une certaine tendance à la suppuration.

Envisagé uniquement au point de vue de la lésion articulaire, le pronostic de l'arthrite syphilitique tertiaire n'est pas inquiétant. Les dépôts gommeux, toujours longs à détruire les tissus fibreux au milieu desquels ils se développent, n'entraînent généralement pas de désordres graves. Toutefois, cette affection peut être plus sérieuse quand les os sont primitivement lésés; quoi qu'il en soit, elle ne produit pas d'ankylose et ne nécessite jamais l'amputation comme les affections d'origine scrofuleuse.

Le traitement consiste dans l'emploi des préparations mercurielles et iodurées.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 juillet 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports sur le service des eaux minérales de Gréoux et de Digne (Basses-Alpes), et de Barbotan-les-Bains (Gers).

2° Des demandes à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter pour l'usage médical des sources situées à Saint-Germain-les-Belles (Haute-Vienne) et à Prades (Ardèche). — (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Netter, sur le *Traitement du choléra par l'administration coup sur coup d'énormes quantités de boissons aqueuses.*

2° Des lettres de remerciements de divers lauréats de l'Académie.

3° Un mémoire de M. le docteur Pignoni, sur la *lithoclysmie*, nouvelle opération chirurgicale ayant pour but la dissolution de la pierre dans la vessie.

—

M. Larrey présente, de la part du directeur général du service de santé de l'armée de la Grande-Bretagne, le *Rapport du département médical de l'armée pour l'année* 1871.

M. Théophile Roussel offre en hommage un exemplaire d'un rapport fait par lui au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi portant modification des tarifs perçus par la Compagnie fermière des thermes de Plombières.

M. Gubler dépose sur le bureau de l'Académie un mémoire manuscrit de M. le docteur F. Garrigou, intitulé : *Étude chimique des eaux d'Aulus* (Ariége). Cette nouvelle analyse révèle la présence de huit corps qui n'avaient été signalés ni par MM. Pinaud et Filhol, ni par M. Ossian Henry, savoir : la strontiane, la lithine, l'ammoniaque, le rubidium, le fluor, le tellure, le plomb et le chrome. Plusieurs de ces substances sont tout à fait inattendues, et l'une d'elles, le chrome, mérite une mention spéciale, non-seulement parce que c'est probablement la première fois qu'on en indique l'existence dans une eau minérale, mais encore à cause d'une coïncidence singulière entre les propriétés médicinales attribuées au chrome et la spécialité d'action curative réclamée par la station d'Aulus. On sait que le bichromate de potasse a été administré par quelques praticiens contre les accidents syphilitiques, et c'est précisément dans la syphilis que l'eau d'Aulus est particulièrement recommandée. Le fait méritait d'être signalé à l'Académie, qui, sans doute, reconnaîtra l'intérêt de la découverte de M. Garrigou, et jugera utile de la soumettre au contrôle de nos chimistes et savants hydrologues.

M. Chauffard présente une brochure sur le typhus, par M. le docteur Galicier.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la réorganisation du service de santé militaire. — La parole est à M. Dumas.

M. Dumas, absent, et dont le discours est lu par M. Buignet, avec la commission considère comme préjudiciable aux intérêts de l'armée le système de la fusion de la médecine et de la pharmacie militaires.

Il admet avec elle que la direction du service de santé militaire doit être placée sous l'autorité d'un chef pris dans son sein.

Il comprend moins pourquoi la direction du service de santé étant réservée au médecin militaire, cette disposition entraînerait comme conséquence logique la subordination de la pharmacie à la médecine dans l'armée.

M. Dumas trace à grands traits l'histoire de la pharmacie française d'où sont sortis tant d'illustrations scientifiques, depuis Lavoisier, le créateur de la chimie, jusqu'à nos jours.

« Dans aucun temps, dit-il, et dans aucun pays, la pharmacie e peut se glorifier d'avoir produit directement par ses propres membres, ou contribué à faire naître, par ses exemples et ses leçons, des travaux et des découvertes comparables à ceux qui se rattachent à son histoire, en France, pendant le siècle qui vient de s'écouler. »

La subordination militaire administrative de la pharmacie à la médecine paraît injuste à M. Dumas. Le chef naturel de la pharmacie militaire n'ayant plus le travail direct, soit pour la préparation des budgets et des comptes de dépenses, soit pour le dossier relatif aux présentations pour les grades et les décorations, il est difficile de persuader à la pharmacie que ses intérêts n'eussent pas été mieux connus et ses droits mieux jugés, si l'un des siens avait conservé la mission de les mettre en lumière et de les défendre.

S'il est clair que le pharmacien exécutant une prescription est le subordonné du médecin qui l'a formulée, en quoi cette subordination se justifie-t-elle lorsqu'il s'agit du choix des médicaments simples, de la préparation officinale des médicaments composés, de la conservation des uns et des autres, ou même du mode d'exécution des formules magistrales? Le choix, la préparation, la conservation et la distribution des médicaments n'appellent l'intervention du médecin qu'en un seul point : exécution fidèle de ses prescriptions et distribution au moment du besoin des médicaments qu'il a ordonnés.

La pharmacie militaire réclame donc avec persévérance et énergie contre le projet de la commission : 1° parce qu'elle y perd le chef réel de son ordre; 2° parce qu'elle s'y voit subordonnée à la médecine, même pour les parties de son service à l'égard desquelles le médecin manque absolument de compétence.

Suivant M. Dumas, l'Académie n'est pas compétente pour régler les rapports du médecin et du pharmacien. Ce qui appartient à l'Académie, c'est de poser clairement les principes : pour le médecin, responsabilité des blessés, des malades, des ambulances, des hôpitaux et de l'hygiène des troupes; pour le pharmacien, responsabilité du choix, de la garde et de la préparation des médicaments et de l'exécution de toutes les analyses chimiques nécessaires aux besoins de l'armée.

Il faut laisser au législateur le soin de régler les contacts des deux services, d'y établir les subordinations nécessaires, et d'y ménager pourtant le parallélisme indépendant que la nature des choses comporte et que le soin de la santé du soldat paraît exiger.

Pour maintenir son prestige, le médecin militaire n'a besoin ni d'abandonner ni de sacrifier la pharmacie militaire. Au milieu de ces combats où son service l'appelle, où le cœur des mères le précède, où l'âme de la patrie le suit, où l'attend la reconnaissance passionnée du soldat, le pharmacien modeste et toujours inconnu, qui dans son loboratoire consacre sa vie à lui préparer des succès, sera toujours pour lui un auxiliaire dévoué et jamais un rival.

« Je demande donc à l'Académie, dit M. Dumas en terminant, d'émettre le vœu suivant :

1° Que la direction du service de santé militaire et la présidence du conseil de santé soient confiées à un médecin;

2° Que la pharmacie militaire conserve son chef chargé de préparer et de défendre son budget et de faire ses propositions concernant le personnel.

3° Que les conditions de la nouvelle organisation et la nature des rapports des deux services entre eux soient déterminées par un règlement d'administration publique. »

Après la lecture du discours de M. Dumas, M. Chauffard demande la clôture de la discussion; cette demande est appuyée par un certain nombre de membres. Une discussion assez vive s'engage entre MM. Chauffard, Larrey, Béhier, qui parlent pour, et MM. Gaultier de Claubry, Poggiale, Bouley, qui parlent contre la clôture.

M. le Président met la clôture aux voix : 23 membres votent pour et 23 contre; l'Académie s'étant partagée par nombre égal, la discussion continue.

M. Bonnafont lit un discours qu'il résume de la manière suivante :

« En résumé, les conclusions du rapport me paraissent logiquement déduites; en effet, si l'organisation du service de santé reste ce qu'elle est, il n'y a rien à dire ni rien à faire;

mais si les médecins sont investis de la direction et, par conséquent, de la responsabilité du service, tout le personnel, quel qu'il soit, attaché au même hôpital ou à la même ambulance, doit leur être subordonné et passible de recevoir leurs ordres. »

M. Sédillot demande la parole pour présenter quelques courtes considérations. L'honorable orateur compte quarante-cinq ans de service dans la médecine militaire ; il n'a jamais eu que des rapports flatteurs, soit avec l'intendance, dont il estime individuellement les membres, mais qu'il combat comme corps, soit avec les pharmaciens, dont il honore le mérite et les travaux, et dont il reconnaît les services. Son intervention sera donc tout à fait impartiale et même bienveillante.

Il croit que la question doit être considérée surtout au point de vue des principes et non des personnes. La plaie de notre temps est l'individualisme ; il importe de s'élever au-dessus des intérêts individuels et de ne voir que l'intérêt général, auquel tout le monde doit être prêt à faire des sacrifices. Le jour des pharmaciens est venu de sacrifier quelque chose à l'intérêt général. Cet intérêt exige qu'ils acceptent la subordination à la médecine. La subordination est un fait général et inévitable à l'armée. Il y a, dans l'armée, un rouage inutile qui complique et entrave le service de santé, c'est l'intendance. Celle-ci est incompétente dans les choses de la médecine ; il est plus logique que le médecin donne directement les ordres nécessaires que de prendre un détour et de les faire arriver par le canal de l'intendance. Le rôle de l'intendance, dans ses rapports avec la médecine militaire, lorsque l'armée est en campagne et dans les situations difficiles, peut se résumer dans les trois réponses suivantes aux réclamations du corps de santé : 1° attendez les ordres ; 2° suivez le mouvement ; 3° faites ce que vous pourrez.

Le rôle de l'intendance est donc plus que nul : il est nuisible, parce qu'elle ne fait rien et empêche la médecine d'agir en temps opportun.

Pour organiser efficacement le service de santé militaire, il faut l'unifier ; pour l'unifier, il faut subordonner les fractions moins importantes à celles qui le sont davantage. La fraction la plus importante du service est incontestablement la médecine ; la pharmacie doit donc lui être subordonnée.

Si le service de santé était subordonné à l'état-major et que les pharmaciens, continuant à être indépendants des médecins, viennent, en campagne, demander directement des ordres à l'état-major, quelle serait la réponse de celui-ci ? « Suivez les médecins », répondrait-il invariablement. Les pharmaciens doivent donc accepter de bon gré cette subordination, qui est dans l'ordre et dans la force des choses.

Il est évident que les médecins placés à la tête d'un service aussi important que le service de santé militaire, devront être d'autant plus éminents qu'ils auront des attributions plus hautes et plus étendues et, partant, une plus grande responsabilité. On devra les choisir parmi ceux qui offriront la plus grande somme possible de capacités.

En résumé, la pharmacie doit accepter la subordination à la médecine ; c'est à tort qu'elle se plaint d'être dégradée et humiliée ; dans le projet de loi, la médecine, il est vrai, obtient un grade supérieur au plus haut grade de la pharmacie ; mais vous n'êtes pas dégradé parce que votre voisin obtient un grade supérieur au vôtre. La médecine militaire, dans tous les cas, n'a pas d'ambition particulière ; elle n'en a pas d'autre que d'accomplir le mieux possible son devoir et d'assurer le bien de l'armée en supprimant les antagonismes, toujours si funestes. (Applaudissements.)

M. Poggiale demande la parole pour réfuter d'abord une erreur grave échappée à l'improvisation de M. Sédillot. Cet orateur a dit que tous les médicaments employés dans les hôpitaux militaires sont achetés dans le commerce. C'est inexact. Tous les médicaments employés dans les hôpitaux militaires sont préparés, soit dans ces hôpitaux eux-mêmes, soit dans les pharmacies centrales. Cela est prouvé par le formulaire des hôpitaux militaires.

M. Poggiale présente ensuite quelques observations en réponse aux argumentations de MM. Broca, Larrey et Legouest, relativement, soit à la fusion de la pharmacie avec la médecine, soit à la subordination de la première à la deuxième.

Tous les arguments de MM. Boudet, Bussy et Poggiale ont été dirigés contre les deux dernières conclusions du rapport. Si M. Poggiale et ses collègues de la pharmacie ont rappelé les lois, décrets et ordonnances qui ont régi ou qui régissent encore le service de santé militaire, c'est pour démontrer que tous les gouvernements qui se sont succédé en France, depuis 1789, ont été justes envers la pharmacie militaire ; s'ils ont parlé des études des pharmaciens militaires, de l'importance de leurs services dans les hôpitaux comme à l'armée, de leurs nombreuses campagnes, des fatigues de la guerre, des dangers des épidémies, des contrôles scientifiques qu'ils doivent exercer sur les prescriptions médicales ; s'ils ont dit que la pharmacie militaire n'a pas cessé de s'élever par le savoir, la moralité et le dévouement ; si, en un

mot, ils ont combattu la subordination par tous les arguments qui leur ont paru les meilleurs, c'est pour arriver à cette conclusion qu'il serait dangereux de toucher à la constitution actuelle de la pharmacie militaire ; qu'un personnel instruit, bien organisé, est indispensable au service de santé de l'armée, et que l'on ne le trouvera qu'à la condition de lui assurer l'indépendance, une position digne et honorable. M. Poggiale rappelle que dans la troisième partie de son argumentation, il a examiné la question de la direction des services hospitaliers, et qu'il a cherché à prouver que le médecin est entièrement incompétent dans toutes les affaires administratives; que l'autonomie est une chimère, tout aussi bien avec l'intendance qu'avec les officiers du commandement. Personne, jusqu'ici, dit M. Poggiale, n'a répondu aux nombreux arguments que j'ai produits sur la direction médicale des hôpitaux.

L'orateur cherche à montrer que la subordination de la pharmacie à la médecine militaire ne sera pas cette direction scientifique et *confraternelle* dont il est question dans le rapport de M. Broca, ni cette autorité purement *hiérarchique* dont a parlé M. Larrey; MM. Broca et Larrey, dit-il, ont voulu *dorer la pilule*. Mais on n'a pas défini le mot subordination, pas plus que le mot autonomie. Or, dans les règlements de 1865, on trouve que les médecins et les pharmaciens employés dans un même hôpital sont soumis au principe de la subordination du grade inférieur au grade supérieur, à toutes les règles de la discipline et de la subordination militaire (art. 16). Les punitions à infliger aux officiers de santé pour fautes commises dans le service ou contre la discipline sont les arrêts de rigueur, la prison (art. 17). Les arrêts peuvent être ordonnés par un officier de santé en chef pendant quinze jours (art. 18), et par le sous-intendant militaire pendant trente jours. Dans le système de la direction médicale, le médecin en chef pourrait donc infliger au pharmacien en chef trente jours d'arrêts simples.

Ce n'est pas tout; l'article 19 porte que les dispositions de l'ordonnance du 2 novembre 1833, concernant les punitions des officiers, sont applicables aux officiers de santé, et enfin l'art. 21 prescrit d'inscrire sur un registre spécial les punitions infligées.

Ajoutez à tout cela que le pharmacien ne serait plus inspecté par son chef direct ; qu'étant soumis à l'autorité du médecin en chef, il n'aurait plus aucune action sur son personnel, perdrait le droit de noter ses subordonnés et de les proposer pour l'avancement à l'époque des inspections annuelles.

Telles seraient les conséquences de la subordination *scientifique* et *confraternelle* ou *hiérarchique* des pharmaciens aux médecins militaires. Le médecin, maître absolu du personnel, juge et partie, imposerait sa volonté au pharmacien et au comptable, non-seulement dans toutes les questions qu'ils sont appelés à examiner ensemble, mais encore pour les approvisionnements et la préparation des médicaments. Plus de liberté, plus d'initiative, plus de considération pour le pharmacien; c'est pourquoi les hommes de valeur et de caractère déserteraient une carrière médicale dans laquelle ils seraient subordonnés à des chefs appartenant à une autre hiérarchie que la leur.

M. Poggiale s'attache ensuite à réfuter l'argumentation de M. Legouest, dans laquelle il signale des inexactitudes et des erreurs, et qui est, dit-il, entachée de beaucoup d'exagération au sujet des attributions de l'intendance et de son immixtion dans les choses de la médecine et de la pharmacie militaires.

Quant au rapport de M. Bouisson à la sous-commission de réorganisation de l'armée, rapport que M. Legouest a présenté comme conservant à la pharmacie militaire ses grades, son assimilation, etc., M. Poggiale dit que ce rapport n'est encore que l'œuvre personnelle de M. Bouisson, qu'il n'a pas été adopté, ni même discuté par la sous-commission, et que, par conséquent, rien ne prouve qu'il ne sera pas modifié. Il est probable, au contraire, que l'assimilation aux grades de l'armée, dont les pharmaciens jouissent actuellement, leur sera enlevée, et que leurs grades seront seulement assimilés *aux grades des médecins*.

Enfin, le grade de pharmacien inspecteur est supprimé dans le projet de loi. Il faut, a dit M. Legouest, que le pharmacien soit simplement adjoint au conseil de santé, et qu'*il n'y paraisse que quand il sera demandé*, singulière manière, suivant M. Poggiale, d'honorer les pharmaciens militaires!

Ainsi, on propose la subordination des pharmaciens, la suppression du grade de pharmacien inspecteur actuellement existant, l'assimilation des grades des pharmaciens aux grades des médecins et non à ceux de l'armée; on remplace, au conseil de santé, le pharmacien inspecteur par un pharmacien principal qui ne pourra assister aux séances de ce conseil que quand il y sera appelé; on enlève aux pharmaciens la direction de leur service, sans en prendre la responsabilité; on les soumet à toutes les rigueurs de la discipline militaire, aux caprices d'un chef incompétent; le pharmacien n'aura plus le droit de noter, de proposer pour l'avancement et de classer ses subordonnés, et cependant M. Legouest affirme que « rien n'est changé dans l'état militaire des pharmaciens, rien, absolument rien. »

Tous ces faits, ajoute M. Poggiale en terminant, ne démontrent-ils pas la bienveillance des

médecins militaires? Il est temps d'en finir avec ces prétentions, ces luttes, ces humiliations si contraires à l'intérêt du service. Ce n'est pas par la subordination qu'on rétablira la paix entre les deux sections du corps de santé, mais par la liberté et l'indépendance des deux professions, sous l'autorité ferme des officiers du commandement. »

Après une courte réponse de M. LEGOUEST à M. Poggiale, et quelques paroles de M. LARREY, qui réclame de nouveau la clôture de la discussion générale, M. LE PRÉSIDENT met cette clôture aux voix; elle est prononcée à l'unanimité moins une voix.

La discussion des articles est renvoyée à mardi prochain.

— La séance est levée à cinq heures.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

ANTHROPOLOGIE. — L'ANCIENNETÉ DE L'HOMME PROUVÉE PAR L'EXPLORATION DES CAVERNES ET DES CITÉS LACUSTRES, AVEC NOTES ET PLANCHES EXPLICATIVES, par le docteur D. RIOLACCI, médecin-major de 1re classe, etc. In-8°, 102 p., 8 pl.; Reinwald, édit., 1873.

Cet ouvrage résume clairement les données les plus modernes de l'anthropologie. Montrant d'abord comment la théorie géocentrique (terre centre du monde) a été détruite par Copernic et par ses successeurs, Galilée, Kepler, Newton; malgré le fanatisme religieux et les persécutions, il indique la tâche de la science moderne, qui consiste à dissiper la présomptueuse erreur anthropocentrique (homme centre de la création). Puis il trace à grands traits les âges de la planète et ceux de l'humanité, et démontre l'antiquité de la première apparition de l'homme, certainement à l'état sauvage, par l'analyse des découvertes paléontologiques faites dans les terrains quaternaires, dans les cavernes (France, Belgique) et dans les cités lacustres (Suisse, Savoie, Italie, Bavière, France).

L'auteur incline vers l'hypothèse de Darwin, à laquelle se refusent cependant les ossements fossiles, qui se classent en espèces nettement circonscrites et point du tout en série insensiblement transformée et perfectionnée jusqu'à l'homme.

Toutes réserves faites à ce sujet, nous croyons qu'on recherchera cet opuscule, écrit avec un enthousiasme contenu et une chaleur communicative, et qui fournit, en quelques pages nourries de faits, les plus curieuses et les plus importantes notions de l'anthropologie. — J. J.

FORMULAIRE

ADMINISTRATION DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE AUX PHTHISIQUES. — JACCOUD.

Dans la phthisie pulmonaire chronique, l'huile de foie de morue est d'une utilité incontestable; et, quand elle n'est pas supportée seule, on y ajoute de l'eau-de-vie, du rhum, du kirsch ou du whisky, dans la proportion d'un tiers pour deux tiers d'huile. On recommande, en outre, au malade de fermer les narines au moment de l'ingestion. On commence par une ou deux cuillerées par jour, pour arriver à 150 et 200 gram. dans la journée. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 31 JUILLET 1774.

Mlle Œsterline, attaquée depuis plusieurs années d'une maladie convulsive, a le bonheur de se confier, pour la première fois, aux soins de Mesmer. Ce dernier lui applique sur l'estomac et aux deux jambes trois pièces aimantées. « Il en résultait, peu de temps après, des sensations extraordinaires; elle éprouvait intérieurement des courants douloureux d'une matière subtile, qui, après différents efforts pour prendre leur direction, se déterminèrent vers la partie inférieure, et firent cesser pendant six heures tous les symptômes de l'accès. » Bref, Mlle Œsterline fut, peu de temps après, presque guérie. Mais un moine, le P. Hell, se met de la partie; il fait concurrence à Mesmer, et il faut lire les aménités que ce dernier lui décoche. — A. Ch.

BIENFAITEURS DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE. — M. le professeur Chauffard a fait un don de la somme de cinq cents francs à la Caisse des pensions viagères d'assistance.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. Mériadec Laennec, docteur en médecine, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, ancien président du Conseil général de la Loire-Inférieure, maire de la Chapelle-Basse-Mer, décédé le 3 juillet 1873, à sa terre de la Mazure, commune de la Chapelle-Basse-Mer, dans sa 76e année.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

DERMATOLOGIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES CARACTÈRES COMMUNS ET DIFFÉRENTIELS DES MALADIES DE LA PEAU;

Par le docteur E. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(QUINZIÈME CONFÉRENCE.)

Messieurs,

La médecine, vous le savez, est une science d'observation; mais, ne vous y trompez pas, faire de l'observation scientifique ce n'est pas seulement collectionner des faits, ce n'est pas seulement étudier ces faits isolément, dans tous leurs détails, et acquérir ainsi de chacun d'eux en particulier une connaissance exacte, minutieuse et approfondie. Un observateur qui s'en tiendrait là, qui se contenterait de cette étude exclusivement analytique et individuelle, ressemblerait à un architecte qui passerait sa vie à réunir des matériaux de construction et qui ne songerait jamais à les mettre en œuvre. Oui, certes, il faut connaître les faits, c'est là le fondement de la science, mais il faut aussi savoir les grouper, les rapprocher les uns des autres dans une étude comparative, les observer dans leurs rapports réciproques, afin d'en déduire les conséquences générales et les principes qui, seuls, peuvent éclairer le vaste champ de la science.

Dès le commencement de ce cours, je vous ai fait entrer dans cette voie féconde d'aperçus généraux et synthétiques, en vous montrant quelles influences sont exercées sur les maladies de la peau par la santé générale, et comment à son tour la santé générale réagit sur ces mêmes maladies, pour les rendre graves ou légères, bénignes ou malignes, suivant qu'elle-même est bonne ou mauvaise. Puis, établissant la nature même des maladies de la peau, je vous les ai présentées, tantôt comme des *symptômes* d'états pathologiques primitifs et divers, et tantôt aussi comme de *véritables causes* de nouveaux états pathologiques qu'elles ont fait naître et qu'elles tiennent sous leur dépendance. C'est de ces considérations élevées et générales que nous sommes partis pour descendre dans l'étude de chacune des maladies de la peau. Aujourd'hui que nous en connaissons déjà plusieurs, arrêtons-nous quelques instants, et avant d'aller plus loin, retournons quelque peu sur nos pas, rappelons-nous ce que nous avons appris, et tâchons d'en tirer des données

FEUILLETON

CAUSERIES

Que pensent les gynécologistes, que pense la Société protectrice de l'enfance, que pense le philanthrope auteur de la *Puériculture*, de la mode nouvelle et si généralement répandue aujourd'hui dans Paris de ne plus porter les enfants sur les bras de leurs mères ou de leurs nourrices, mais de les coucher et de les traîner dans de petites voitures? J'ai le pressentiment que cette mode est mauvaise, par cela seul qu'elle rompt avec l'usage, qui paraît être basé sur des indications naturelles. Malgré les paradoxes de l'auteur d'*Émile*, aucun physiologiste, même parmi ceux qui font dériver l'homme du singe, personne ne conteste que la station naturelle de l'homme soit la station verticale. Pour l'accomplissement de cette fonction, l'homme a été doué de tout un système musculaire sacro-vertébral d'une grande puissance, et dont l'exercice doit commencer de bonne heure.

L'usage de porter sur les bras les enfants du premier âge est un usage rationnel; il fait entrer en exercice, et aussitôt que possible, toute cette myologie du cou, du dos et des lombes, disposée tout exprès pour que l'homme puisse se tenir droit et debout. Je ne ferai ni à mes lecteurs ni à moi-même l'injure d'insister sur ces notions vulgaires de physiologie. Ce que je signale à mes confrères, c'est que l'usage de ces petites voitures doit être nuisible au développement des muscles qui redressent et retiennent redressés la tête, le cou et la colonne vertébrale. L'enfant doit être porté sur les bras; sans doute, c'est fatigant pour la femme, mais c'est la loi de la nature. Et si la femme qui tient un enfant dans ses bras savait combien elle est belle, intéressante et touchante! C'est la fonction naturelle de la femme de

relatives aux caractères de similitude et de dissemblance des diverses affections que nous avons étudiées jusqu'à ce jour.

Au point de vue des lésions anatomiques qui les constituent, les maladies de la peau peuvent se diviser en deux grandes classes, suivant qu'elles sont *sèches* ou *humides*. Les maladies *à type humide* sont celles qui donnent lieu à une sécrétion séreuse, purulente ou sanieuse, dont la concrétion forme des croûtes. Les maladies *à type sec* se divisent en deux catégories. Dans la première se rangent celles où l'on ne trouve qu'une altération ou lésion cutanée, sans aucune sécrétion morbide quelconque, telles sont, par exemple, toutes les affections exanthématiques, et les affections papuleuses et tuberculeuses. Dans la deuxième catégorie se placent celles où l'on constate au contraire une sécrétion sèche, c'est-à-dire la formation de produits nouveaux exclusivement secs, tels que des squames.

En mettant de côté les exanthèmes, les papules et les tubercules syphilitiques, nous ne trouvons que trois affections cutanées qui soient, par leur nature, *sèches*, et qui restent absolument et toujours sèches. Ces trois affections sont : le *psoriasis*, la dartre sèche par excellence; le *pityriasis* et l'*ichthyose*. Quelles que soient leur durée, leur ancienneté, l'intensité de leurs manifestations, et la période de leur évolution, jamais on ne trouve dans ces affections le moindre alliage d'*humidité;* elles conservent constamment, et d'une manière exclusive et absolue, leur caractère de *sécheresse* native. C'est toujours une sécrétion épidermique plus ou moins dure, plus ou moins abondante, plus ou moins fine ou épaisse, mais sans aucun mélange humide.

Dans le *prurigo*, au contraire, que nous sommes cependant forcés de regarder comme une affection *sèche*, nous voyons presque toujours l'intervention d'un élément humide, intervention indirecte, secondaire, accidentelle, c'est vrai, puisqu'elle est produite par l'action des ongles, mais qui n'en est pas moins réelle : Rappelez-vous, en effet, ce petit caillot noirâtre, résultant d'une extravasation sanguine, qui coiffe les papules prurigineuses et qui devient un de leurs cachets pathognomoniques. Ne voyons-nous pas aussi les papules acuminées du *lichen* se couronner souvent de vésicules qui donnent lieu à un suintement et à des croûtelles lamelleuses, et n'est-ce pas cet appoint humide qui constitue cette forme de lichen, dénommée *lichen agrius?* Sur les tubercules de l'*acné indurata*, ne voyons-nous pas se former un point jaune de suppuration centrale? Et ce même point pustuleux, ne le trouvons-nous pas encore sur les tubercules de la *mentagre?* Ainsi,

---

porter l'enfant, comme c'est la fonction naturelle de l'oranger de porter des oranges. Rapprochons-nous le plus possible des choses naturelles. C'est au médecin surtout qu'il convient d'y veiller et de le conseiller. Nous avons besoin de former pour la patrie des générations robustes et énergiques. Ne commençons donc pas par gâter l'enfance dans des habitudes détestables de mollesse. Voyez-les, ces petits êtres couchés dans ces petites voitures qui encombrent aujourd'hui les promenades publiques et les larges trottoirs des rues et des boulevards; ils dorment tous; le mouvement de la voiture les porte au sommeil; donc, ils ne voient rien, n'entendent rien, et ne profitent pas de ces premières impressions de la connaissance qu'un enfant bien éveillé sur les bras d'une femme perçoit de tous côtés.

Je suis sûr qu'un enfant à équipage doit être un enfant attardé. Il doit marcher plus tard, parler plus tard, sourire plus tard de ce premier et si charmant sourire qui fait pleurer de plaisir la jeune et tendre mère.

Si je ne me trompe pas, s'il venait à être bien démontré que l'usage de ces petites voitures est réellement nuisible au développement de l'enfant, toute la confrérie devrait former une sainte ligue pour arrêter la propagation de ces véhicules dangereux. Mais avant, il faut des faits, beaucoup de faits, et je prends la liberté de convier mes confrères à diriger leur observation vers ce côté de l'hygiène infantile.

Il est vrai que nos confrères, relativement à cette partie de l'hygiène qui concerne les mouvements, la marche et l'exercice, auraient besoin eux-mêmes, et très-généralement pour eux-mêmes, de se souvenir un peu de leurs études. Très-généralement, les médecins ne savent plus marcher, ils ont perdu l'usage de leurs jambes. Dans les villes, toujours en voiture; dans les campagnes, en voiture ou à cheval; le moindre exercice à pied leur cause une fatigue excessive. Cela n'est pas sain, et cette manière de vivre a de grands inconvénients.

vous le voyez, bien peu de maladies de la peau, à type sec, conservent toujours d'une manière constante leur caractère de sécheresse exclusive et absolue.

Quant aux maladies *à type humide*, elles restent plus habituellement fidèles à leur caractère primitif. Ainsi, l'*impétigo* ne se montre jamais qu'avec ses pustules jaunes, pointues et fluentes, et ses croûtes épaisses et mielleuses; l'*ecthyma* qu'avec ses pustules blanchâtres, persistantes et isolées, et avec ses croûtes dures et noirâtres. Dans l'*herpès*, nous ne trouvons jamais rien autre chose que des vésicules aplaties, agglomérées, et ensuite des croûtes jaune-brunâtre. A l'exception de l'*acné indurata*, primitivement à type sec, et qui ne devient humide que secondairement, toutes les autres formes d'*acnée* (*acnée simplex*, *acnée miliaire*, *acnée varioliforme*, *acnée fluente*, *acnée punctata*, *acnée sébacée concrète*) restent avec leur cachet exclusif de *maladies humides*. Il en est de même de la *varicelle* et de la *miliaire*, du *rupia* et du *pemphigus*, qui n'ont jamais d'autre caractère que la vésicule, la bulle et la pustulo-bulle.

Il faut arriver à l'*eczéma* pour y rencontrer quelquefois *un caractère sec* venant s'adjoindre et se substituer à un caractère primitif essentiellement humide. L'*eczéma*, vous le savez, est le *type de la dartre humide*; type au point de vue de sa fréquence, type au point de vue de sa gravité, de sa durée, de son importance symptomatologique, des vastes surfaces cutanées qu'il envahit et de l'excessive abondance du liquide séro-gommeux qu'il sécrète. Eh bien, l'eczéma est quelquefois absolument *sec*; il y a un eczéma *squameux* dans lequel les squames sont exclusivement constituées par une sécrétion épidermique, absolument comme les squames du psoriasis.

Ainsi, Messieurs, la grande division des maladies de la peau en *maladies sèches* et en *maladies humides* n'est pas toujours rigoureusement et absolument vraie, puisque quelques-unes de celles qui sont rangées dans l'une ou dans l'autre de ces deux grandes classes présentent quelquefois un caractère mixte, ou même tout à fait opposé à leur caractère originel et primitif. Conservons cependant cette division, reconnaissons ses imperfections, mais profitons de ses avantages incontestables et des précieuses données qu'elle nous fournit. C'est ainsi que nous constaterons que les *dartres sèches* et les *dartres humides* affectent habituellement un siége différent. Prenons le psoriasis et l'eczéma comme exemples.

Le *psoriasis*, la plus importante et le *type des dartres sèches*, se développe surtout, et avec une prédilection marquée, dans les régions où la peau présente

---

Il est un grand nombre de confrères qui tournent vite à la graisse et d'une façon désobligeante. Beaucoup sont tués par l'apoplexie. D'autres, ayant perdu l'habitude de marcher, éprouvent des difficultés inouïes à l'ascension des escaliers et se donnent des hypertrophies du cœur. Il est certain, toutes les statistiques le prouvent, que la moyenne de la vie est courte pour les médecins. Pourquoi? C'est qu'ils ne marchent pas assez. Mardi dernier, je portais mes regards sur l'assemblée des académiciens, j'y voyais un nonagénaire et pas mal d'octogénaires; eh bien, est-ce hasard ou un commencement de vérification de mon dire, presque tous ces vénérables académiciens appartiennent à cette classe de médecins qui ne sont pas arrivés à une clientèle de *primo cartello*; qui, pour l'exercice de leur profession, ont pu se passer de voiture et ont fait à peu près constamment à pied leurs visites médicales. La grande clientèle, la grande consultation et la grande fortune leur ont fait défaut, mais ils ont gagné une extrême vieillesse exempte d'infirmités. Ils trouvent, et ils ont raison, qu'il y a compensation.

Il faut marcher, mes chers confrères, si voulez vivre longtemps et bien portants. Le moyen, me direz-vous, vous praticien des départements, qui fatiguez plusieurs chevaux par jour, et qui, au bout de votre année, avez parcouru autant de kilomètres qu'il en faudrait pour faire le tour du monde! Vous, grand médecin de Paris, qui avez à satisfaire tous les jours et dans les quartiers les plus éloignés les uns des autres, à d'innombrables consultations!—J'en conviens, la chose est difficile. Mais à qui la faute? A vous-mêmes, qui acceptez plus de besogne que vous n'en pouvez faire, qui ne savez pas régler votre vie ni tenir la balance exacte entre vos devoirs professionnels et vos besoins hygiéniques, qui trop souvent sacrifiez un plaisir nécessaire à l'amour du lucre, à quelque sot amour-propre ou à quelque vilaine jalousie.

Le docteur Véron soutenait cet étrange paradoxe que la nature n'avait donné des pieds et

le plus d'épaisseur et de sécheresse, ainsi aux genoux, aux coudes, à la partie externe et antérieure des jambes et des cuisses, et dans toute l'étendue des régions lombaire et dorsale. Sans doute le psoriasis existe partout, et il n'est pas un endroit du tégument externe où il ne se produise ; mais c'est dans les régions ci-dessus indiquées qu'il se développe le plus souvent et avec le plus d'intensité ; c'est là son terrain de choix ; c'est là qu'on l'observe dans tout son épanouissement ; c'est là que ses squames ont le plus de brillant et le plus d'épaisseur, que ses élevures forment les reliefs les plus accusés, et que ses teintes se dessinent avec leurs colorations rouge-brunâtre les mieux accentuées.

L'*eczéma*, au contraire, la plus importante et le *type des dartres humides*, recherche de préférence les régions où la peau a le plus de finesse et l'épiderme le moins d'épaisseur ; ainsi la partie interne des membres, le côté de la flexion, la partie antérieure du tronc, les endroits où la peau est en opposition et en contact avec elle-même, où elle est le plus arrosée par les sécrétions sudorale et sébacée, la zone génitale, la partie interne et supérieure des cuisses, les creux axillaire et poplité, la région faciale. Sans doute, ce qui est vrai du psoriasis est vrai aussi de l'eczéma, on le trouve partout ; mais, le plus habituellement, il choisit de préférence les régions que nous venons d'indiquer ; celles où on le voit le plus souvent, celles où il se développe avec le plus d'intensité, sont précisément celles qui conviennent le moins au psoriasis.

Le *prurigo* (*dartre sèche*) se manifeste le plus habituellement dans les mêmes régions que le psoriasis. C'est également à la partie postérieure du tronc, à la partie externe des membres, et partout où il trouve une peau sèche et épaisse, qu'il revêt ses caractères de *prurigo herpétique*, qu'il se généralise, que ses papules se développent davantage et qu'elles deviennent le siége de ces démangeaisons horribles, atroces et irrésistibles qui lui ont valu les dénominations de *prurigo férox* et de *prurigo formicans*.

Toutes les dermatoses *humides*, au contraire, ont un siége d'élection inverse ; elles adoptent le même que l'eczéma. C'est ainsi que vous voyez l'*herpès* se produire le plus souvent à la face, autour de la bouche, autour du gland et à la vulve. C'est ainsi que l'*impétigo*, lui aussi, se développe surtout à la face ; c'est là que vous l'avez vu vous offrir ses belles et larges plaques d'*impétigo larvalis* ou *figurata*, si épaisses, si jaunes, si rocheuses, si caractéristiques, et qu'on n'oublie jamais quand on les a bien observées. C'est ainsi encore que vous avez vu les pustules d'*ecthyma*

---

des jambes à l'homme que pour monter le marchepied d'une voiture. Aussi ne quittait-il la voiture que pour sa loge à l'Opéra. Étrange existence et qui devait finir comme elle a fini, par l'apoplexie et la paralysie.

Profitez donc de ces enseignements, chers confrères, si vous voulez éviter la goutte, la gravelle, l'apoplexie, la paralysie, l'affreuse obésité et toutes les conséquences de la vie passée en voiture.

Dr SIMPLICE.

Éphémérides Médicales. — 2 Août 1691.

Du Tertre, chirurgien ordinaire du roi, pose la première pierre de l'amphithéâtre de chirurgie, monument encore existant aujourd'hui rue de l'École-de-Médecine (École de dessin). Les détails de cette cérémonie ont été imprimés :

« Après avoir été adorer le Saint-Sacrement dans l'église des Cordeliers, la première pierre de l'amphithéâtre a été posée à midi juste et l'angélus sonnant. On a mis dans une boîte de cèdre à double fond, avec son couvercle à coulisse, le tout long de 9 pouces sur 5 de large, 30 médailles de bronze frappées aux coins de la Compagnie, les titres de la fondation des Écoles royales écrits en latin et en français, sur une feuille de vélin double, avec plusieurs estampes représentant le dehors et le dedans de l'amphithéâtre, et une lame de cuivre gravée aux armes de la Compagnie. Cette boîte est enfermée dans une autre boîte de plomb ; et le tout encastré dans une grande pierre de taille, qui a été fermée par-dessus avec une plaque de fer, pour la distinguer des autres. Cette pierre a été posée sur une des colonnes du côté droit de la grande porte de l'amphithéâtre, en sortant. » — A. Ch.

rechercher les espaces interdigitaux, le pli du poignet et la partie interne des jambes.

Étudions maintenant les maladies de la peau relativement à leur marche et à leur durée.

Toutes celles qui tiennent à un état général de pyrexie, et dont le caractère anatomo-pathologique primitif est une congestion active et inflammatoire du derme, c'est-à-dire toutes celles qui sont *exanthématiques*, sont presque toujours annoncées par des prodromes et accompagnées d'un état général fébrile; leur marche est aiguë; leur durée varie entre un, deux et trois septénaires. Quand elles sont entrées dans leur période de déclin, elles s'éteignent progressivement, leurs teintes rouges se dégradent, pâlissent et s'effacent; leurs papules, plaques ou élevures s'affaissent petit à petit et desquament souvent. Ainsi en est-il de la *rougeole*, de la *scarlatine*, de l'*érysipèle*, de l'*érythème* dans ses diverses formes, du *pityriasis rubra*, de l'*eczéma rubrum*; quelquefois leurs manifestations ne sont pas continues et affectent une véritable intermittence, comme l'*urticaire fébrile* dans la *fièvre ortiée*.

Les maladies de la peau tenant à des causes locales et directes, celles qui sont *idiopathiques* prennent une forme aiguë ou chronique, suivant l'intensité et la durée de l'action de la cause qui les a produites. Si cette cause a été légère, bénigne; si elle n'a été qu'instantanée et passagère, la dermatose qui en sera la conséquence sera passagère aussi et sans durée; elle disparaîtra d'elle-même et promptement, *sublatâ causâ tollitur effectus*. Ainsi en est-il de l'érythème qui succède à une insolation sans gravité, de l'érythème, de l'urticaire ou de l'herpès produits par le contact d'une plante irritante ou d'un insecte venimeux. Si, au contraire, la cause malfaisante a persisté pendant un temps assez long, deux cas différents pourront se produire : ou bien les accidents locaux inflammatoires prendront un caractère de gravité plus considérable et se traduiront, non plus seulement par un simple érythème, mais par un érysipèle, par un eczéma, par des pustules d'impétigo ou d'ecthyma, et même par des bulles de pemphigus; ou bien l'affection cutanée prendra la forme chronique et vous présentera cette altération complexe, mélange informe de lichen chronique, d'eczéma chronique et de prurigo, qui dénature la peau, l'épaissit, la dessèche, lui ôte sa souplesse, et la creuse de rhagades ou gerçures souvent très-douloureuses. A ces traits vous reconnaissez cette dermatose si commune que l'on a désignée sous le nom vague et générique de *gale des épiciers*, et qui est le résultat de diverses professions irritantes par leur nature. Eh bien, dans ce cas encore, et malgré la chronicité et la multiplicité des lésions, tout disparaîtra promptement si vous supprimez la cause morbide, et si vous soumettez les parties malades à un traitement convenable.

Les diverses affections cutanées qui existent à titre de *complication* ou de *symptôme* d'une autre maladie de peau primitive et plus profonde, étant le résultat d'une irritation locale intra-dermique, ont toujours un cachet aigu ou inflammatoire, et elles guérissent assez promptement par un traitement exclusivement local et émollient. Rappelez-vous avec quelle rapidité disparaissent, sous l'influence des bains locaux et généraux, et des cataplasmes de fécule de pommes de terre, les plaques eczémateuses, les pustules d'ecthyma et les papules de lichen qui, dans les espaces interdigitaux, aux avant-bras, aux cuisses, sur le ventre et sur l'auréole des seins, sont le symptôme ou la complication de l'existence des vésicules de la gale sous-jacentes. Rappelez-vous la prompte guérison de cet impétigo nasal si remarquable, en ce qu'il nous dissimulait un beau chancre primitif induré implanté à l'ouverture du nez. Il en est de même encore de l'impétigo que vous verrez assez souvent recouvrir, comme d'un masque, de vieux tubercules mentagreux en suppuration.

Arrivons maintenant aux maladies de la peau de nature *herpétique* ou *dartreuse*. Ce sont les plus graves et par conséquent les plus importantes à bien connaître. Leur durée est toujours longue; elles prennent dans leur évolution deux formes différentes. Les *dartres sèches*, comme le *psoriasis* et le *prurigo*, n'ont jamais rien d'aigu dans leurs allures; tout en elles est chronique : pas de fièvre, pas de réac-

tion générale, marche lente et torpide dans leur période d'invasion; immobilité indéfinie dans leur période d'état. Abandonnez à lui-même un psoriasis sans aucun traitement : il peut durer trente, quarante ans, sans incommoder le malade, sans abréger son existence. Tantôt il sera persistant, continu, immobile, sans faire aucun progrès, sans subir aucun changement dans sa manière d'être, il gardera le *statu quo* le plus absolu; tantôt, au contraire, il s'aggravera, ses plaques squameuses s'élargiront, il prendra une forme plus grave que sa forme primitive. Il avait commencé par la forme *punctata* ou par la forme *guttata*, et par ses envahissements toujours lents, mais progressifs, il arrivera à la forme *diffusa*. D'autres fois le psoriasis disparaît de lui-même par une sorte de travail de résolution ou d'intussusception, pour reparaître plus tard et après une révolution qui s'accomplit habituellement sans troubles généraux, à condition toutefois qu'il ne se produise pas de répercussion métastatique viscérale, toujours possible et toujours très-redoutable.

Les *dartres humides*, comme l'*eczéma*, ont aussi une durée très-longue; mais les allures de l'eczéma diffèrent essentiellement des allures du psoriasis : le psoriasis semble étouffer la vitalité de la peau, il la dessèche, il la *pachydermise* en la recouvrant d'une carapace écailleuse, imperméable, dure, inerte, insensible, et dont la physionomie reste toujours la même et sans changement. Dans l'eczéma, au contraire, on ne trouve pas cette sorte d'extinction, cette *oppressio virium* de la vitalité de la peau, non plus que cette immobilité et cette sorte de congélation d'une membrane tégumentaire devenue en apparence inerte et momifiée. Partout, au contraire, on constate une suractivité et un travail morbides qui se révèlent par une sécrétion humide plus ou moins abondante, et qui donne lieu quelquefois à une réaction générale. Tantôt l'eczéma se présente sous une forme franchement et exclusivement aiguë, et tantôt sous une forme mixte à la fois aiguë et chronique. Sur les mêmes plaques, sur les mêmes surfaces où il affecte la forme la plus chronique, on voit surgir des *poussées* nouvelles, se produire des vésicules nouvelles, et sourdre une sécrétion humide nouvelle. Il y a donc là une véritable forme aiguë qui se produit incessamment par des manifestations successives au milieu d'une évolution lente et à forme chronique. Voilà ce qui distingue l'eczéma dans sa marche la plus habituelle : c'est l'existence simultanée sur une même surface eczémateuse des deux formes, aiguë et chronique, entées l'une sur l'autre, naissant l'une de l'autre, et s'engendrant ainsi réciproquement et tour à tour.

La durée de l'eczéma, comme celle du psoriasis, est toujours très-longue et difficile à déterminer, mais tandis que le psoriasis effacé, mais non guéri par le traitement, reparaît presque fatalement, après un temps variable et impossible à préciser, l'eczéma, même le plus *herpetique*, est susceptible d'une guérison réelle, durable et définitive. Sans doute, cette guérison doit être achetée par un traitement toujours long; bien des fois, on croit la tenir, quand de nouvelles poussées surgissent et montrent que l'eczéma, que l'on croyait éteint, couvait encore comme un feu sous la cendre. Enfin, les poussées s'éloignent, elles deviennent de plus en plus légères, et il arrive un moment où elles ne se reproduisent plus; l'eczéma est alors guéri. Quelquefois, à sa période de déclin, la sécrétion humide cesse; elle est remplacée par des squames foliacées, lamelleuses, blanchâtres, larges, faciles à détacher, véritable sécrétion épidermique, qui donne à l'eczéma un faux air de ressemblance avec le psoriasis, et qui lui constitue une forme véritablement *sèche* et *squameuse*.

Le *psoriasis* se termine tout autrement : anatomo-pathologiquement, il est constitué par trois lésions élémentaires : squames, épaississement de la peau en forme de papules ou plaques saillantes, et coloration rouge-brunâtre spéciale. La première de ces trois lésions que le traitement doit attaquer, ce sont les squames. Elles sont, vous le savez, épaisses, dures, sèches, imbriquées; elles forment plusieurs couches superposées, fortement adhérentes les unes aux autres, et fortement adhérentes aussi aux plaques dermiques sous-jacentes. Elles sont donc puissamment organisées pour la résistance, et, en effet, elles résistent longtemps; elles opposent aux frictions, aux topiques modificateurs, aux bains, aux douches de vapeur, une force

d'inertie considérable; c'est une muraille solide et difficile à entamer. Mais enfin la brèche se fait, et les squames disparaissent progressivement pièce par pièce et couche par couche. Restent les élevures ou plaques épaisses, qui conservent longtemps encore leurs reliefs saillants et leur coloration morbide. Sous l'influence des efforts persistants du traitement, elles finissent par céder à leur tour et par se mettre petit à petit de niveau avec les surfaces de peau saines. Lorsque, enfin, elles ont été nivelées, lorsqu'il n'y a plus ni squames, ni plaques saillantes, il reste la teinte rouge-brunâtre spéciale qui lutte longtemps encore contre les efforts du traitement, et qui, à son tour et à la longue, finit par s'effacer et s'éteindre. Cette teinte insidieuse, à la fois cachet du psoriasis et de la syphilis, avait été, dans la période d'invasion, la première manifestation du psoriasis; dans la période de déclin, elle en reste la dernière, la plus tenace et la plus persistante. Telles sont, Messieurs, les allures comparées de l'eczéma et du psoriasis.

Il n'est pas rare de voir plusieurs dermatoses à types différents exister à la fois, non pas seulement sur le même malade, mais encore sur la même région. C'est ainsi que souvent, avec une observation attentive, vous pourrez, sur la même surface de peau malade, démêler et reconnaître des papules de lichen, des pustules d'ecthyma et des plaques eczémateuses. Habituellement cette réunion, cette juxtaposition de plusieurs affections cutanées, différentes sur la même région, indiquent l'action d'une cause locale; il y a eu là une irritation directe venant du dehors, une cause professionnelle; ou bien il y a là une maladie primitive, parasitaire ou autre, plus profonde, la gale, un chancre, des tubercules sycosiques, par exemple, et le mélange de ces affections différentes existant simultanément en est le *symptôme* ou la *complication*. Retenez bien ce fait, Messieurs, car vous le verrez se reproduire à chaque instant sous vos yeux, et il est, pour le diagnostic et pour le traitement, de la plus haute importance; je l'exprime et le résume par ces deux mots : *la* SIMULTANÉITÉ *et la* DIVERSITÉ *des lésions cutanées sur le même endroit sont le caractère des maladies de la peau de cause locale.*

La *dartre*, au contraire, ne se traduit le plus souvent que par *une seule manifestation cutanée qui reste toujours la même, et toujours seule*. Ainsi, ce sera un prurigo, un lichen, un psoriasis ou un eczéma qui témoignera de l'existence actuelle du principe herpétique, mais encore une fois ce principe vicieux ne se traduira que par une seule affection cutanée; ce sera celle qu'il avait adoptée primitivement : elle ne changera pas, et si elle disparaît pour se reproduire ultérieurement, on la verra, dans une seconde ou dans une troisième poussée, avec sa même nature et ses mêmes caractères primitifs.

La *syphilis* se comporte tout autrement; elle aime la variété, elle revêt la diversité des formes, elle révèle son existence par des manifestations cutanées, variables suivant qu'elle est plus ou moins ancienne. Dans sa première période, ce seront d'abord des taches rubéoliques, puis des papules, puis des tubercules, avec ou sans squames, disséminés sans ordre sur toute l'étendue du corps, qui en sera constellé.

Plus tard, dans la deuxième période, et après la disparition de cette première phase des accidents cutanés, si la syphilis n'est pas éteinte, elle se manifestera de nouveau, mais ce sera d'une autre manière et avec des traits nouveaux : les taches rubéoliques ne seront plus irrégulières, elles seront *circinées*. Les papules et les tubercules ne seront plus *éparpillées* sur tout le corps, ils seront *réunis en groupes* dans telle ou telle région. Plus tard encore, si la syphilis doit faire une autre apparition plus tardive, ce ne sera plus sous forme *de papules, de tubercules et de groupes*. ce sera par des altérations cutanées pustuleuses, bulleuses et ulcéreuses, c'est-à-dire par de l'ecthyma, par du rupia, par du pemphigus, par des ulcérations fixes ou serpigineuses, à fond ouvert ou pustulo-crustacées.

Ainsi du côté de la *dartre*, manifestations *unes*, et toujours les mêmes. Du côté de la syphilis, au contraire, manifestations *variables et protéiques*. Retenez bien cela, Messieurs, car ce caractère de *variété* ou d'*unité fixe* dans les accidents cutanés vous sera de la plus haute importance pour vous éclairer sur la nature de la maladie. Ce sera quelquefois le seul caractère sur lequel vous pourrez asseoir votre

diagnostic, car j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire et de vous le démontrer : la *dartre* et la *syphilis* ont souvent, dans leurs manifestations cutanées, la plus embarrassante et la plus insidieuse ressemblance.

Quelquefois il arrive que deux maladies de peau, essentiellement différentes par leur nature, l'une syphilitique, l'autre dartreuse, par exemple, existent simultanément et côte à côte. Tantôt les manifestations de l'une et de l'autre sont également apparentes, reconnaissables et faciles à discerner; tantôt, au contraire, les manifestations de l'une ayant pris le dessus, masquent et dissimulent complétement les manifestations de l'autre par l'intensité et l'exubérance de leurs développements, de telle sorte sorte que vous ne pouvez voir et constater qu'une seule maladie, alors qu'il y en a deux en réalité, et qu'il ne vous est possible de soupçonner la seconde qu'après avoir guéri ou du moins diminué la première. Cette coexistence de deux affections cutanées de nature différente est trop souvent une cause de difficultés sérieuses pour le diagnostic et d'erreurs pour le pronostic. Il faut que vous en soyez prévenus, afin qu'en pareil cas vous sachiez vous tenir sur une prudente réserve.

Bornons-nous pour aujourd'hui, Messieurs, à ces réflexions générales rétrospectives et comparatives sur les maladies de la peau que nous avons étudiées déjà : lundi et mardi prochains, et tous les suivants, nous nous occuperons de celles que nous n'avons pas encore pu aborder.

BIBLIOTHÈQUE

RÉSORPTION URINEUSE ET URÉMIE DANS LES MALADIES DES VOIES URINAIRES;

Par le docteur J. Girard. Paris, 1873. Adrien Delahaye, éditeur.

« A quoi sont dus les accès de fièvre et les autres accidents à forme dite pernicieuse qu'on observe quelquefois dans les affections urinaires ?

« Sont-ils dus à la résorption d'urine ou aux lésions des reins ?

« Ou bien ces deux causes n'interviennent-elles pas ?

« Et si toutes deux interviennent, les symptômes déterminés par les lésions des reins sont-ils absolument identiques à ceux de la résorption urineuse, ou bien en diffèrent-ils ? »

Telles sont les questions que l'auteur se pose au début de son travail. On voit, par leur énoncé même, qu'il admet les deux causes dont il parle ; il admet même qu'elles peuvent se combiner.

Dans son premier chapitre, il expose l'historique. Comme il y a peu de temps que nous nous sommes occupé de ce sujet dans ce journal même (voir le numéro du 13 février, p. 210), nous n'y reviendrons que parce que l'auteur cite un passage de Velpeau, extrait du dictionnaire en 30 volumes, t. IV, p. 159 (1833), qui tranche la question en faveur de ce chirurgien contre Civiale, et fait même remonter la connaissance de l'infection urineuse jusqu'à Moïlait (thèses de Paris, 1810, n° 13). Seulement, personne ne dit dans quelles circonstances elle se fait, et nous sommes obligé de croire que nous sommes le premier qui ayons signalé celle qui s'opère par l'ouverture des veines dans certaines opérations. Voici ce qui se trouve à la page 165 des *Recherches* que nous avons publiées dans les premiers jours de 1841 : « Cette amplitude (des plexus prostatiques) contribue beaucoup aux dangers qui accompagnent la taille périnéale chez les vieillards ; car si l'on vient à diviser ces veines, le sang passe avec la plus grande facilité dans leur intérieur à travers les corps caverneux, d'où résultent des hémorrhagies qu'il est difficile et quelquefois même impossible d'arrêter, et qu'on a attribuées, dans bien des cas, à des hémorrhagies artérielles. En outre, *l'urine, facilement absorbée par leurs ouvertures béantes, ne tarde pas à produire une infection générale du sang*, des phlébites et une mort rapide. » Nous rapportons, page 192 du même volume, une observation de phlébite du mollet et de mort prompte à la suite de fausses routes ; depuis ce temps, nous sommes revenu sur la même idée dans tous nos ouvrages ; mais il semble, en vérité, que tout ce qui ne dérive pas de l'enseignement officiel soit nul et non avenu.

Quoi qu'il en soit, si les accès fébriles qui surviennent si souvent après les opérations qui ont mis des tissus vasculaires en contact avec l'urine s'expliquent aisément, il n'en est plus de même de ceux qui surviennent à la suite d'un simple cathétérisme, quelquefois très-inoffensif. Néanmoins, nous devons dire que nous nous défions beaucoup plus, sous ce rapport, d'un cathétérisme ou d'une lithotritie dans lesquels il y a un écoulement de sang, si peu que ce soit. Mais comme on a vu des cas dans lesquels il n'y en avait eu aucun, où il n'y avait

pas même eu d'opération, on a bien été forcé, et c'est ce que nous avons fait nous-même un des premiers (*Gaz. méd.*, 1861, p. 766), de rechercher dans le fonctionnement des reins une cause d'intoxication urémique.

M. Girard, avons-nous vu, admet ces deux causes; il admet même l'influence de la douleur, mais seulement comme favorisant la première en déterminant des contractions de la vessie sur la sonde et son excoriation. Toutefois, il établit une distinction importante : « A la résorption urineuse, dit-il, appartiennent les accès de fièvre intermittente et les abcès multiples qu'on observe dans certains cas ; à elle aussi, quand elle s'exerce lentement, peut appartenir la fièvre pseudo-continue, hectique, avec diarrhée et quelquefois vomissements. Les accidents pernicieux, c'est-à-dire comateux, cholériformes, etc., les vomissements incoercibles, une diarrhée intense appartiennent, au contraire, comme dans les autres lésions analogues des reins, au groupe décrit sous le nom d'urémie. »

Il étudie ensuite l'absorption dans les voies urinaires. Selon lui, la muqueuse uréthrale absorbe, sans aucun doute, surtout quand elle a été excoriée. Quant à celle de la vessie, il admet, avec Küss, de Strasbourg, et Susini, qu'elle n'absorbe point quand elle est saine, mais qu'elle le fait assez activement du moment qu'elle présente quelques érosions. Toutefois, il partage l'opinion de ceux qui pensent que l'urine absorbée n'est véritablement dangereuse que quand elle est surchargée de sels, et principalement quand elle est alcaline et ammoniacale. Mais on pourrait peut-être ajouter à cela que c'est alors surtout qu'une complication du côté des reins est à craindre.

M. Girard a voulu vérifier si, comme le dit Wunderlich (voir le numéro du 13 fév., p. 211), la température baisse quelquefois dans les frissons qui suivent le cathétérisme; mais il ne l'a pu qu'une fois, et il a trouvé la température rectale à 39° 1/2.

« Les accès (de la fièvre uréthrale) ressemblent, dit-il, à ceux de la fièvre intermittente ; ce qui les en distingue, c'est que leur développement n'a pas lieu à certaines heures déterminées de la journée ; leur apparition dépend du moment où l'on a fait l'opération. De plus, quelle que soit l'intensité de l'accès de fièvre, jamais la température ne revient aussi rapidement à la normale que dans la fièvre intermittente. Dans les cas les plus simples, alors que le malade n'avait eu qu'un accès, que ses voies urinaires étaient relativement en bon état, que la santé générale était bonne, toujours la température est restée élevée 36 heures au moins après l'accès.

« Si l'accès de fièvre est généralement unique et ne se présente qu'une ou deux fois sans entraîner de graves désordres, il peut en être autrement quand les lésions de la vessie sont très-avancées, l'altération des urines considérable, la santé générale fortement délabrée, ou pour d'autres raisons qui nous sont inconnues. Les accès de fièvre se répètent fréquemment, la température est élevée dans leur intervalle, le malade s'affaiblit graduellement, il s'épuise, il maigrit, a de mauvaises digestions et, finalement, peut succomber. Les accès peuvent être plus ou moins nombreux, la fièvre continue plus ou moins intense, et la mort, quand elle s'ensuit, plus ou moins rapide ; l'empoisonnement peut être aigu dans un cas, il sera tout le contraire dans l'autre... Des vomissements et une diarrhée incoercibles peuvent s'observer dans l'infection urineuse aussi bien que dans l'infection putride ; mais nous croyons, dit l'auteur, que ces phénomènes sont dus la plupart du temps à des lésions concomitantes des reins, à de l'urémie. Nous nous méfions surtout des vomissements répétés... L'intolérance de l'estomac dans l'urémie s'explique par l'accumulation d'une grande quantité de liquides renfermant, non point de l'urée, mais des sels ammoniacaux, selon Cl. Bernard. » L'auteur ajoute que ces symptômes sont plus rebelles dans l'urémie que dans l'absorption urineuse. On peut voir, page 211, que nous croyons aussi que l'identité n'est pas aussi complète qu'on l'a supposé.

Nous ne serions pas non plus éloigné de croire, avec M. Girard, que les arthrites, les foyers de suppuration éloignés qu'on voit quelquefois survenir à la suite des résorptions urineuses, ne succèdent jamais aux affections rénales qui engendrent l'urémie ; mais celles-ci ne peuvent-elles jamais donner lieu aux phénomènes qui caractérisent ce qu'on a appelé la *fièvre uréthrale*? Voilà ce que nous n'affirmerions pas comme lui, et nous croyons avoir en effet observé des cas où les premiers accès avaient avec cette fièvre une singulière ressemblance. Du reste, il est lui-même beaucoup moins affirmatif quand il dit, quelques lignes après : « Faire intervenir des lésions rénales dans la production des accidents qu'on a décrits sous le nom de *fièvre uréthro-vésicale*, était un grand pas fait en chirurgie ; mais on a dépassé le but en voulant qu'elles en fussent l'unique cause. » Tel est aussi notre avis.

Des données précédentes, M. Girard tire trois principales indications pour le traitement : 1° Autant que possible, modifier l'état des urines, puisqu'elles ne déterminent des accidents qu'autant qu'elles sont décomposées, ammoniacales ; 2° modifier aussi la surface vésicale (disons ici que rien ne nous a paru remplir ces indications comme les injections de nitrate d'argent) ; éviter le contact ou le séjour d'instruments ou de corps durs sur lesquels la

muqueuse de la vessie peut s'excorier, se déchirer, tant que l'urine sera très-altérée ; 3° surveiller l'état des reins, et, quand on aura sujet de craindre quelques lésions, chercher par tous les moyens possibles à éviter une congestion, puisque c'est elle qui est le véritable danger après une opération, en diminuant subitement le champ sécrétoire de l'urine. Il ne dit qu'un mot sur le sulfate de quinine, c'est pour déclarer qu'il lui a vu toujours produire de bons effets.

M. Girard termine par quelques applications des principes précédents aux opérations de taille et de lithotritie ; mais, outre que nous n'y rencontrons rien de nouveau, nous sommes obligé de dire qu'il a borné ses études à un cercle trop restreint. Ainsi, avant d'avancer que les valvules du col de la vessie et les hypertrophies de la prostate sont une contre-indication à l'emploi de la lithotritie, il ne lui eût pas été difficile d'acquérir les preuves du contraire, et, pour notre propre compte, nous préférons, *à ce point de vue, bien entendu*, une évacuation incomplète à une facilité trop grande des fragments à s'engager dans le canal. Loin de diviser ces obstacles avant la lithotritie ou de les déchirer pendant, nous avons bien recommandé de ne les opérer qu'après. Enfin, sans parler de quelques erreurs historiques de M. Girard sur la taille, il y a près de vingt ans que nous avons proposé de badigeonner, immédiatement après l'opération, les bords de la plaie avec du perchlorure de fer pour prévenir la résorption urineuse, et il n'en dit pas un mot, quoique cela rentrât en plein dans son sujet.

En définitive, à part quelques taches, M. J. Girard a fait une excellente thèse. Encore quelques recherches comme les siennes et ce point important, qui était, naguère encore, un des plus obscurs de la pathologie chirurgicale, deviendra l'un des mieux connus.

Aug. Mercier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Cl. Bernard, au nom de M. Campana, présente un essai de détermination, par l'embryologie comparée, des parties analogues de l'intestin chez les vertébrés supérieurs.

Il arrive un moment, dans le développement de l'embryon, où le tube digestif cesse d'être un canal uniformément cylindrique, rectiligne, appliqué de haut en bas, et par tous ses points, à la colonne vertébrale. Croissant en longueur plus rapidement qu'elle, il s'en détache et forme un certain nombre d'*anses*. Ces parties se développent *chacune pour soi*, d'une manière autonome, à un degré variable avec les espèces zoologiques. Par l'embryologie, on peut déterminer leurs limites.

Chez l'embryon de poulet, vers la fin du quatrième jour de l'incubation, l'intestin consiste en deux anses consécutives, de longueur inégale, séparées par un point demeuré en rapport avec la colonne vertébrale. La première est l'anse *duodénale*, et représente complétement et exclusivement le duodénum ; la seconde répond au surplus de l'intestin, et peut se nommer anse *ombilicale* ou *mésentérique*. Telles sont les deux divisions principales de l'intestin, aussi bien chez les mammifères que chez les oiseaux. Le point qui les délimite est essentiel à connaître : c'est le sommet d'un angle *iléo-duodénal*. Chez les mammifères, il est situé immédiatement à gauche des vaisseaux mésentériques supérieurs ; il concorde presque avec la limite habituellement assignée par en bas au duodénum, limite que l'on considérait à tort comme artificielle. Mais, chez les oiseaux, on s'est trompé en admettant avec Duvernoy que le deuxième coude intestinal représente la terminaison du duodénum. Le véritable coude iléo-duodénal est situé plus loin, plus en arrière et à gauche ; et, chez les oiseaux comme chez les mammifères, il est en rapport avec la colonne vertébrale, et situé immédiatement au delà des vaisseaux mésentériques supérieurs.

L'anse ombilicale peut être subdivisée à son tour en deux parties secondaires, qui sont l'*iléon* ou intestin *grêle* proprement dit, et l'intestin *terminal* ou *gros* intestin. L'insertion de l'appendice cœcal est leur véritable point séparatif. L'insertion a constamment lieu sur la branche inférieure de l'anse mésentérique, plus ou moins en arrière, par conséquent, du conduit omphalo-mésentérique, celui-ci étant toujours implanté au sommet de l'anse ombilicale, et en plein iléon. Chez les oiseaux surtout, ce conduit peut se conserver chez l'adulte, où il a été considéré à tort comme un cœcum. Jamais, quoi qu'en ai dit Duvernoy, il ne forme limite entre les intestins *grêle* et *gros*. Les caractères propres au gros intestin ne se rencontrent jamais en avant, mais toujours à partir de l'insertion des vrais cœcums ; et, s'il est vrai que ces caractères puissent exister exceptionnellement en dehors de tout vestige appréciable de cœcum, ce sont eux qui marqueront la limite entre les deux segments secondaires de l'anse ombilicale. Enfin, si l'absence de ces caractères venait à coïncider avec le défaut d'un appendice cœcal véritable, il en faudrait conclure la simplicité absolue (par suite d'évolution rudi-

mentaire) de l'anse intestinale, et ne pas chercher à la subdiviser en intestin grêle et gros intestin.

Sur les embryons humains, après l'apparition du cœcum, qui a lieu vers la fin du premier mois, suivant toute vraisemblance, on constate que l'accroissement proportionnel de longueur du gros intestin se fait dans une direction particulière, et qu'il n'est ni aussi rapide ni, au total, aussi considérable que celui du gros intestin. Ainsi, au troisième mois, il n'existe que la moitié gauche du côlon transverse, et le cœcum est toujours très-près de la ligne médiane, comme au moment de son apparition. Au cinquième mois, le côlon ascendant fait défaut; il se forme dans la seconde moitié de la vie intra-utérine, et le cœcum, qui est la seule extrémité mobile du gros intestin, parvient alors dans la fosse iliaque droite. Au septième mois apparaissent les bosselures et les bandes musculaires des côlons, et ceux-ci encadrent, dans leur circuit, la masse entière des circonvolutions de l'intestin grêle. L'anse ombilicale avait primitivement ses deux branches dans le plan antéro-postérieur; il faut donc admettre que, pendant son évolution, la branche inférieure a subi un quart de rotation en arrière et à droite.

Sur les embryons de poulet, ni ce mouvement de rotation de la branche inférieure de l'anse mésentérique, ni l'accroissement proportionnel de longueur d'où résulte la formation des côlons, ni l'encadrement de la masse de l'intestin grêle par eux, ni les bosselures, ni les bandes ne se reproduisent jamais.

On peut en conclure, d'une manière générale, que l'évolution du gros intestin est rudimentaire chez les oiseaux, relativement aux mammifères, et que, en particulier, il ne se développe pas de côlons chez eux. Les tentatives analogues à celles de Duvernoy pour retrouver ces côlons sont donc vaines.

La commission chargée de présenter une liste de candidats en remplacement de M. de Verneuil, académicien libre, avait désigné, en première ligne, M. de Lesseps; en deuxième ligne et par ordre alphabétique, MM. Bréguet, du Moncel, Jacqmin et Sédillot. L'élection, au scrutin, a donné, sur 60 votants, 33 suffrages à M. de Lesseps; 24 à M. Bréguet et 1 à MM. du Moncel, Jacqmin et Sédillot.

En conséquence, M. de Lesseps a été élu académicien libre. — M. L.

JOURNAL DES JOURNAUX

On the difficulties. (Des difficultés du diagnostic différentiel de l'anévrysme avec l'abcès, étude de diagnostic chirurgical et de jurisprudence médicale), par le docteur Stephen Smith, chirurgien de l'hôpital de Bellevue, à New-York. — Se fondant sur les principaux exemples d'erreurs de diagnostic à cet égard, enregistrés dans les annales de l'art, l'auteur établit par des propositions successives :

1° Qu'il n'y a pas de symptôme pathognomonique de l'anévrysme;

2° Qu'il peut exister quand l'histoire et les symptômes indiquent un abcès, et *vice versa*;

3° Que le plus sûr moyen de lever la difficulté et de consulter les antécédents;

4° Que, cependant, l'anévrysme peut se développer dans un abcès avec les symptômes particuliers à ces deux affections.

S'il n'y a pas de problème plus simple ordinairement pour le praticien, que ce diagnostic, il peut donc présenter, rarement il est vrai, les plus grandes difficultés. D'où l'indication de ne pas le porter légèrement et de l'appuyer sur des signes certains et différentiels. De là aussi la nécessité de connaître les difficultés qu'il présente par les cas où les plus grands chirurgiens n'ont pu l'établir, à moins d'être responsable devant les tribunaux des terribles conséquences qui peuvent résulter de semblables erreurs. C'est donc un mémoire à consulter. (*The amer. Journ. of the med. science*, avril.) — P. G.

Destruction traumatique de l'hémisphère droit du cerveau, sans altération de fonctions, par le professeur Porta, de Pavie. — Observation remarquable en faveur de la substitution d'un hémisphère à l'autre pour l'accomplissement des fonctions intellectuelles, sinon de la prééminence fonctionnelle de l'hémisphère gauche sur le droit, suivant la théorie de M. W. Ogle. (*Dictionnaire annuel des progrès*, 1872). Il n'y avait, dans ce cas d'un jeune homme de 28 ans, ni aphasie, ni perte de l'intelligence et de la mémoire. Une simple hémiplégie en résulta, surtout pour le bras, dont les fonctions musculaires furent très-notablement améliorées par l'emploi de l'électricité.

Et cependant on pouvait mesurer la destruction de l'hémisphère droit par un enfoncement correspondant, une caverne n'ayant pas moins de 5 centimètres de profondeur sur 9 de large. Aucune pulsation n'était perceptible, et cependant le blessé baissait la tête pendant les quelques minutes que cette bourse tégumentaire de la cicatrice se remplissait jusqu'au niveau du crâne et donnait une sorte de fluctuation au toucher. (*Imparziale*, n° 3.)

Si les lésions du cerveau présentent ainsi assez fréquemment de notables anomalies dans leurs conséquences pathologiques, celle-ci est des plus remarquables pour renverser les théories sur la localisation des facultés cérébrales, celle de la parole, du langage et de l'intelligence particulièrement. — P. G.

FORMULAIRE

ADMINISTRATION DE L'ARSENIC AUX PHTHISIQUES. — JACCOUD.

L'arsenic améliore puissamment le processus nutritif dans la phthisie pulmonaire chronique. Il calme l'excitation nerveuse, et il possède une action antifébrile assez marquée pour combattre efficacement la fièvre intermittente vespérale. — M. Jaccoud prescrit exclusivement les granules d'acide arsénieux à 1 milligramme. Ils sont pris au commencement de chacun des deux principaux repas. On commence avec 2 par jour, et, tous les huit jours, on augmente de 2, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à 8 ou 10 par jour, qui est la dose maximum.

On maintient la médication arsenicale au maximum toléré, tant qu'il ne se développe pas d'épisodes aigus à fièvre pseudo-continue. — N. G.

NÉCROLOGIE. — On lit dans le *Journal de Toulouse* : « Nous apprenons la mort prématurée d'un homme de bien.

« M. Vayssié (Cyprien), docteur en médecine, est mort à Gramat, le 19 juillet, à peine âgé de 55 ans. Et, cependant, malgré cet âge encore si peu avancé, notre regretté confrère avait su s'attirer de nombreux amis : il en comptait dans tous les rangs de la société, autant par une simplicité qui lui était naturelle que par les devoirs de sa position : *Science et dévouement*, telle était sa devise, celle qu'il mit en pratique pendant toute sa vie.

« Nous croirions manquer à un devoir que de ne pas retracer en quelques mots la courte existence de celui que nous venons de perdre.

« Le docteur Vayssié avait fait ses études médicales à la Faculté de Paris : c'est là que, notre condisciple, nous apprîmes à le connaître.

« Après avoir été l'élève distingué de l'éminent professeur Nélaton, il en devint bientôt l'ami. Il ne songeait pas alors qu'un jour ce même maître deviendrait pour lui un sauveur. En 1848, en effet, à la suite d'un accident dont il avait été la victime, le docteur Vayssié dut subir l'amputation d'une jambe ; Nélaton ne voulut pas confier à d'autres cette pénible mission.

« Mais cette infirmité ne devait pas modifier le dévouement du médecin pour ses malades ; car le bien était le but de sa vie, et toutes les fonctions dans lesquelles il pouvait satisfaire ses sentiments de générosité pour ses semblables, le docteur Vayssié les accepta avec empressement : c'est ainsi qu'il fut pendant de longues années suppléant du juge de paix, et maire du canton de Saint-Germain (Lot). Dans l'accomplissement de ces modestes fonctions, son caractère bienveillant et juste, ferme au besoin, avait su lui attirer l'estime de tous les gens de bien.

« Après tous ces titres, est-il étonnant que la population de Gramat pleure celui qu'elle vient de perdre ? Il fallait voir avec quel pieux empressement cette population tout entière, et les corporations ouvrières dont il était le médecin, sont venues rendre un dernier hommage d'estime à celui qui fut leur bienfaiteur.

« Le docteur Vayssié n'était pas un inconnu pour nous. Il était le frère de M. Vayssié, depuis longtemps receveur principal des postes de la Haute-Garonne, et qui a su s'attirer dans ses fonctions l'estime générale. Puissent ces quelques lignes arriver jusqu'à lui, et le consoler du malheur qui vient de le frapper ! »

PRIX AUBANEL. — La Société médico-psychologique de Paris décernera, au mois d'avril 1875, le prix Aubanel, de la valeur de 2,400 francs, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Des troubles de la sensibilité générale dans les diverses variétés du délire mélancolique, et, plus spécialement, dans le délire hypochondriaque et dans le délire de persécutions. »

Les concurrents devront surtout rechercher l'influence que ces troubles peuvent exercer sur la genèse et sur la forme du délire.

Les mémoires, écrits en français, porteront une épigraphe reproduite dans un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse de leur auteur.

Ils devront être adressés, avant le 31 décembre 1874 (terme de rigueur), à M. le docteur Motet, secrétaire général de la Société médico-psychologique, rue de Charonne, 161, à Paris.

Les membres titulaires sont seuls exclus du concours.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

AVRIL, MAI ET JUIN 1873

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 juillet 1873 (1),

Par M. Ernest BESNIER.

D'autre part, à quelque période qu'on l'envisage, cette mortalité du croup est excessive, bien qu'elle soit encore au-dessous de la vérité, puisque les chiffres que nous fournissons sont inférieurs à la réalité. On sait, en effet, que, dans notre statistique, qui est générale et brute, tous les enfants qui n'ont pas succombé à l'hôpital sont comptés comme guéris, ce qui n'est pas, hélas! la vérité parfaite, car un certain nombre sont enlevés par leurs parents au moment fatal, ou sont emmenés incomplétement guéris.

Il serait donc nécessaire que les chiffres généraux que nous donnons fussent commentés et expliqués par des statistiques vraiment médicales, émanées de chacun des services hospitaliers. Je reçois bien quelques-uns des éléments de cette statistique que je n'ai cessé d'utiliser; mais quels que soient mes efforts, quelque multipliées qu'aient été mes sollicitations, je n'ai jamais pu obtenir que d'une partie de mes collègues ce qui devait être donné par tous, et le résultat est toujours incomplet. N'obtenant rien dans cette direction, j'ai fait, à plusieurs reprises, appel à l'attention des internes distingués de nos hôpitaux qui sont attachés aux services de l'enfance, qui jouent un rôle si dévoué, si actif et si précieux dans la thérapeutique de cette affection, et que leur situation mettait à même, s'ils voulaient s'unir pour ce sujet, dans un but à la fois philanthropique et scientifique, de recueillir les éléments d'une enquête vraiment médicale; j'ai le regret de constater que cet appel paraît devoir, comme les autres, rester sans effet. Il y aurait là encore, cependant, un autre devoir à remplir : beaucoup de médecins de cette ville ou d'autres régions, qui ne se sont pas trouvés aux prises avec cette épouvantable affection, telle qu'elle s'offre aujourd'hui à nous dans la couche sociale qui alimente les services hospitaliers de l'enfance, et qui n'ont pour base de leur jugement que les chiffres bruts

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 29 juillet.

FEUILLETON

A TRAVERS L'ALLEMAGNE

ÉTUDES DE TOPOGRAPHIE, DE RACE, DE MŒURS ET DE CLIMAT.

IV

Un Roi et un Musicien.

J'ai assez longuement parlé de Gastein, comme d'Ischl, dans mon précédent écrit; mais en ai-je tout dit ou, du moins, tout ce qu'il fallait en dire? Les nombreux visiteurs qui vont y chercher la santé, répondraient non; car, si je me suis arrêté avec quelque complaisance sur quelques points, j'en ai négligé bien d'autres. J'ai signalé les maladies du ressort de ces sources et même je n'ai pas manqué de critiquer quelques opinions allemandes sur la question; je n'ai pas manqué surtout d'ouvrir quelques échappées de vue sur les lieux et sur les eaux; mais si j'ai dit quelques mots sur les maladies, je n'ai guère parlé des malades. Je n'ai pas l'intention cependant d'aligner des observations et d'en tirer des conclusions pratiques. Ce serait probablement peu récréatif, mais ce serait utile. J'avoue que je n'en possède pas. Je ne me permettrai que de faire de l'histoire, ce qui ne peut être, en aucun cas, sans intérêt pour le lecteur.

Il y a, près de Vienne, une petite ville d'eaux sulfureuses qui s'appelle Baden, *Baden bei Wien*, Bade près Vienne, pour la distinguer de tous les Bade situés près ou loin du Rhin. Un jour je m'y promenais dans le parc de Doppelhof, sous une de ces vertes allées couvertes

que nous produisons, se demandent si la trachéotomie donne bien réellement tous les résultats qu'elle a promis; quelques-uns même, poussant la déduction jusqu'à l'excès, pensent que l'ouverture du larynx ainsi généralisée n'est pas certainement utile, et peut-être même devrait être abandonnée. Cela n'a véritablement aucun fondement, mais la conclusion n'en est pas moins qu'il y a là quelque chose à faire, et qu'il serait bon d'étudier une fois de plus et de préciser encore à nouveau les causes qui frappent de stérilité les moyens de traitement si perfectionnés et les soins si minutieusement dévoués qui sont littéralement prodigués aux pauvres enfants par les religieuses hospitalières, les internes et les chefs de service.

Assurément, on ne saurait trop encourager nos jeunes générations médicales à persévérer dans la voie féconde des études histologiques qu'elles parcourent si brillamment; mais s'il est d'une importance de premier ordre, au point de vue qui nous occupe, de faire connaître plus parfaitement que cela ne s'était fait jusqu'ici les lésions viscérales diverses qui relèvent de l'intoxication diphthérique, il ne faut pas que la contemplation de l'avenir fasse oublier les réalités du présent, et négliger un point quelconque de l'étude si difficile et si complexe des affections pseudo-membraneuses.

Hôpital Sainte-Eugénie, service de M. Bergeron. — *Diphthérie :* A l'inverse des années précédentes, cette affection paraît se continuer sous forme épidémique grave, malgré l'arrivée de l'été :

1° *Angine diphthéritique* : 7 cas, dont 5 en avril, les 2 autres en juin; plusieurs ont revêtu la forme gangréneuse; tous (sauf un) ont été suivis de mort *sans complication de croup :* 2 de ces faits étaient consécutifs à une scarlatine.

2° *Laryngite diphthéritique* : 13 malades, *tous trachéotomisés.* Tous, ou à peu près, étaient des cas de croup primitif, accompagnés ou précédés d'angine. Un seul des petits malades, le premier de la série, est sorti guéri (8 ans); un autre se trouve encore dans les salles, mais l'opération est de date encore récente, relativement, et son état est assez satisfaisant. Tous les autres ont succombé, 9 très-rapidement, dans les trois premiers jours après la trachéotomie : 7 d'entre eux étaient âgés de 1 an 1/2 à 4 ans; les deux autres avaient, l'un 8, l'autre 10 ans.

2 autres petits malades sont morts près d'un mois après l'opération, dont l'un, de 2 ans 1/2, par inanition. Sur ces 13 trachéotomies, 5 ont été faites en mai et 6 en juin. Un certain nombre de ces maladies présentaient aussi du *coryza* pseudo-membraneux et des *stomatites* de même nature. Tous, ou à peu près, ont présenté aussi de l'*albuminurie.*

---

impénétrables aux rayons du soleil, lorsque je vis venir dans ma direction un groupe composé de deux personnes âgées, dont l'une s'appuyait lourdement sur le bras de l'autre, en laissant pendre un bras inerte et traînant une jambe paralysée. La tête du malade était belle; malgré la paralysie, elle avait à peu près conservé sa régularité. L'œil était doux, et une magnifique barbe blonde, semée çà et là de fils blancs, tombait sur sa poitrine. Il m'avait aperçu, et il me connaissait. Je m'arrêtai, le chapeau à la main, attendant un signe pour m'approcher.— Avancez, docteur, me cria à haute voix le compagnon du malade.— Comment se porte Votre Majesté? lui dis-je aussitôt que je fus près d'elle; que je suis heureux de m'être trouvé sur ses pas, pour lui demander si le voyage de Gastein lui a fait du bien. Beaucoup en reviennent satisfaits, je voudrais de tout mon cœur que Sa Majesté fût du nombre. — Je vais mieux, j'ai plus de force. Si je ne marche pas avec aplomb, je crois que je peux marcher plus longtemps. Chaque année je recommencerai le même voyage, tant que les années dureront pour moi. Je n'en resterai pas moins paralytique; malgré tous les efforts de la médecine et la puissance des eaux, cela ne s'en va pas facilement. Mon excellent Cordona me prêche la patience; c'est la vertu dont j'ai le plus usé dans ma vie, et sur laquelle il faut compter le plus. — Et elle s'éloigna.

Cette majesté avait été frappée d'un épanchement cérébral, il y avait peu de temps, malgré une vie d'ordre et de règle. Ses fatigues militaires et ses malheurs politiques n'avaient pas peu contribué sans doute à préparer ce résultat. Mais elle n'avait rien dans l'habitude du corps qui pût le faire craindre. Ce prince était de taille moyenne, le cou ne disparaissait pas dans les épaules, car la tête était bien posée. Le teint laissait peut-être quelque chose à désirer, il accusait un état congestif permanent dans les capillaires de la face. Tous les médecins savent, d'ailleurs, que l'étiologie physiologique de l'apoplexie est encore à trouver et

III. Affections rhumatismales. — Les rhumatismes articulaires continuent à ne donner qu'une mortalité presque nulle, c'est-à-dire à avoir la plus grande bénignité relative possible, circonstance que nous notons expressément, eu égard aux expériences thérapeutiques en cours d'exécution.

M. Laboulbène déclare qu'il n'arrive pas à constater les merveilleux résultats promis par la triméthylamine, ni par son chlorhydrate. Il n'a observé rien de plus, rien de moins, qu'avec d'autres moyens déjà employés : sulfate de quinine, vératrine, nitre, etc., ce qui, il faut l'ajouter, conserve quelque importance au médicament nouveau, au moins pour ceux qui considèrent le rhumatisme articulaire comme pouvant être profondément modifié par une médication quelconque.

M. Bucquoy a employé la propylamine fournie par l'Assistance publique, dans un cas où le médicament n'a paru avoir aucune influence sur la marche de la maladie.

IV. Fièvres éruptives. — Les fièvres éruptives sont toujours au minimum. Il n'y a pas eu pour le trimestre entier, dans la totalité des hôpitaux, un seul décès par variole; j'ai déjà insisté antérieurement sur ces observations tout à fait extraordinaires pour n'avoir pas besoin d'y revenir aujourd'hui.

V. Érysipèles. — Les érysipèles, observés assez fréquemment pendant le trimestre entier, ont acquis en juin une assez grande gravité.

M. Bucquoy signale à l'hôpital Cochin un cas d'érysipèle *chez un employé de la Maternité*, ayant débuté par la paupière supérieure droite qui, dès les premiers jours, était frappée de gangrène; au moment de la convalescence, adénite suppurée du cou. M. Bucquoy ne doute pas que, sans s'en rendre compte, le malade n'ait pratiqué, en se grattant, une inoculation dont il aura trouvé l'élément septique dans les linges que son service à la Maternité l'oblige à manier.

Parmi les cas observés par lui à l'hôpital Necker, M. Laboulbène signale l'apparition, chez une femme convalescente de pneumonie, d'un *érysipèle ambulant*, d'une forme très-nette, s'accompagnant sur le tronc et les membres de traînées de lymphangite; aux bras, la rougeur n'apparaissait qu'après un œdème très-marqué; il y a, ajoute M. Laboulbène, entre l'érysipèle facial simple et ces érysipèles ambulants parcourant tout le corps, des différences d'aspect et de gravité très-marquées.

A l'hôpital Saint-Louis, j'ai constaté en avril et en mai une de ces épidémies de salle, dans lesquelles la contagion est manifeste; un des cas secondaires a frappé une jeune fille récemment envoyée dans mon service par mon excellent

---

qu'elle se rencontre dans les constructions anatomiques les plus diverses. On disait autrefois que le cou court était une disposition favorable à l'apoplexie; par une contradiction fournie par la statistique, ce seraient les longs cous qui donneraient le plus d'apoplectiques. Sans m'arrêter davantage sur une question qui finira, je l'espère, par être résolue pour l'honneur de la médecine, ce qui ne diminuera pas probablement le nombre des épanchements cérébraux, rien n'avait fait prévoir, chez l'illustre malade, l'événement qui frappait sa vieillesse. Heureusement les secours furent donnés avec promptitude, et rien ne manqua du côté de l'art pour enrayer les effets du premier avertissement. Le coup de foudre devait laisser des traces et les bains de Gastein furent prescrits; ces bains qui raniment les forces, qui réveillent l'innervation endormie, sans produire de réaction notable ni sur le cœur ni sur l'encéphale. Si les eaux de cette station possèdent, ne fût-ce que par exception et sous réserves, les qualités que leur attribuent les hydrologues allemands, elles ne pouvaient être mieux indiquées. Les résultats ne justifièrent pas cependant les espérances qu'avait fait concevoir le traitement. La marche ne fut pas consolidée et resta tout autant difficile; les membres ne parurent pas avoir gagné en facilité de mouvements. Il se manifesta, il est vrai, quelque amélioration dans la santé générale. Les fonctions qui n'avaient pas été lésées se firent mieux; l'appétit se ranima, et si l'énergie physique ne sembla guère se modifier, il se produisit un regain assez marqué d'énergie morale. Cet effet était moins dû, je suppose, au traitement balnéaire qu'à l'air de ce pays de montagnes, qu'à cet air ozonisé maintenu dans ses qualités vivifiantes par ses fréquents déplacements et par les émanations des forêts. Quelque bonne qu'en fût l'apparence, tout cela ne changeait en rien le fond de la situation. Après un ou deux séjours à Gastein, les symptômes s'aggravèrent. L'illustre malade, se sentant de plus en plus faiblir, se rendait compte lui-même d'un état contre lequel il ne voyait plus à opposer que les derniers

collègue et ami M. Maurice Raynaud; cette jeune fille, atteinte de lupus scrofuleux très-étendu de la face, avait subi, antérieurement à son entrée dans mon service, des piqûres capillaires pratiquées sur la région du trapèze et destinées à des injections sous-cutanées de *sublimé*. Chacune de ces piqûres était devenue le siége d'une petite eschare; c'est de ces points que sont parties des traînées de lymphangite confluente qui se sont propagées de *bas en haut* jusqu'à la face, envahissant toute la partie qui avait subi la dégénérescence scrofuleuse; là, malgré toute ma curiosité, éveillée par la récente discussion, je n'ai pu constater aucun caractère objectif qui pût permettre de distinguer clairement la lésion de la face de ce que nous appelons *érysipèle*.

Ce ne sont pas les seules particularités intéressantes de ce fait dont l'interne distingué de mon service, M. Rendu, a recueilli avec soin la relation qui sera publiée d'autre part; cet érysipèle a eu d'abord, je m'empresse de le dire, un résultat favorable et d'ailleurs bien connu, c'est qu'un vaste lupus qui semblait devoir défier longtemps les traitements les plus énergiques, a été modifié sur-le-champ dans une proportion extraordinaire, et qui n'a eu d'autre limite que l'existence des lésions irrémédiables déjà produites; mais, d'autre part, bien que la malade ait été soumise à une médication largement tonique, elle a été, à la suite de son érysipèle, jetée immédiatement dans un état d'anémie suraiguë extrêmement profond, en même temps que nous constations les signes physiques d'une endocardite intense qui persiste aujourd'hui avec les caractères les plus nets d'une insuffisance mitrale. Si les recherches récentes qui tendent à faire de l'endocardite un corollaire fréquent de l'érysipèle vrai se vérifient, notre collègue et ami M. Vidal pourra trouver dans ce fait une bonne confirmation, peu nécessaire d'ailleurs, de la vérité de son assertion, à savoir que, si les érysipèles de la face sont bénins chez les scrofuleux, ce n'en sont pas moins des érysipèles, au moins jusqu'à ce qu'il ait été donné des preuves suffisantes de l'opinion dissidente, soutenue ici si brillamment par M. Maurice Raynaud.

Je saisis, à un autre point de vue, cette occasion d'appeler l'attention de la Société qui, je crois, ne s'est pas encore occupée de cette question, sur ces *endocardites* SECONDAIRES, dont on signale aujourd'hui la relation avec toute une série d'affections : la diphthérite, l'érysipèle, l'infection purulente, les fièvres éruptives, les fièvres intermittentes elles-mêmes, d'après les récentes publications de M. Lancereaux.

---

soins inspirés par le dévouement et l'affection. Une suffusion s'opérait lentement dans le cerveau, et on était arrivé au moment suprême d'une résolution complète. La mort survint doucement, avec le calme du sommeil, le 10 du mois de mars de l'année 1855, à Trieste, où le malheureux et vaillant vieillard avait pris sa résidence d'hiver.

Cette majesté était don Carlos d'Espagne (Charles V), le prisonnier de Bourges sous le règne de Louis-Philippe, et le grand-père du duc de Madrid qui, avec son frère, don Alphonse, vient de relever vaillamment, sous le nom de Charles VII, la noble épée de ses pères.

Il y a quelques années, attendant à l'embarcadère de Salzbourg le passage du train qui devait me conduire à Vienne, je vis approcher, appuyé sur le bras d'une femme, un paralytique qui portait à la main, à la main restée en puissance de mouvement, un magnifique bouquet de montagnes composé, je m'en souviens bien, de ce rhododendron de couleur rouge, connu sous le nom de rose des Alpes et d'*Edelweiss* (le Gnaphalium des botanistes). Je ne pus m'empêcher de sourire à la vue de ce contraste entre la jeunesse éclatante des fleurs et l'état de celui qui les portait. Le malade s'en aperçut; il me dit ces simples mot : — Je viens de Gastein. — Lorsque le train fut arrivé en gare, je m'occupai de le hisser jusqu'à sa place, ce qui n'était pas facile, et nous fûmes bientôt une paire d'amis. La conversation s'engagea d'abord sur sa situation. C'était un employé en retraite d'une soixantaine d'années, d'une forte charpente, le cou court cette fois. Il s'était fait un bonheur de quitter cette vie de bureau qui lui inderdisait la campagne et les voyages; mais Dieu était là. Quand l'homme propose, ce n'est jamais, ou bien rarement, comme l'avait calculé la créature, qu'il dispose. Le bureaucrate, si amoureux d'indépendance, avait donc trouvé une autre chaîne plus pesante que celle du bureau, c'était l'hémiplégie. Il était allé à Gastein cette année pour la première fois, il en revenait sans un changement bien appréciable; il supposait, il croyait même que

On se tromperait, croyons-nous, si l'on recherchait la relation qui unit dans tous les cas la lésion secondaire à la maladie dans quelques conditions particulières à celle-ci; n'est-il pas évident que, sans négliger les observations particulières, il y a là un grand fait qu'il faut savoir généraliser à toute une série d'affections qui ont pour caractéristique commune une altération du sang, sous l'influence directe de laquelle l'endocarde subit les altérations que les anatomo-pathologistes étudient actuellement avec tant de zèle et de succès.

VI. AFFECTIONS DES VOIES DIGESTIVES. — Comme d'habitude, ces affections se sont montrées plus fréquentes peu après les premières chaleurs, et il a été, comme d'usage, également signalé un certain nombre de cas de *choléra nostras* très-caractérisés, mais en définitive généralement bénins, de courte durée, tout individuels et ne relevant en rien d'un élément spécifique importé.

VII. AFFECTIONS PUERPÉRALES. — Le tableau suivant, qui indique pour les six premiers mois de l'année 1873 la mortalité puerpérale comparée des *hôpitaux*, des accouchements *à domicile* et des accouchements chez les sages-femmes, établit les proportions bien définies aujourd'hui de cette mortalité suivant chacune de ces catégories; on y voit, comme précédemment, l'avantage énorme que présentent les accouchements à domicile sur toutes les autres catégories; mais on voudra bien, cependant, remarquer que cet avantage si important ne doit pas être exagéré; qu'un nombre assez considérable encore de femmes sont prises d'accidents puerpéraux en dehors de toute influence nosocomiale, et l'on n'oubliera pas qu'il est une catégorie déclassée de femmes, soumises à toutes les influences physiques et morales les plus délétères, imprévoyantes de tout jusqu'à la dernière heure, et qu'il sera toujours impossible de soustraire à l'Assistance hospitalière.

(Voir le tableau ci-contre.)

Je désirerais vivement pouvoir ajouter à ces données statistiques précieuses, dont les éléments sont dus, exclusivement, aux publications si utiles de l'administration de l'Assistance publique, quelques renseignements médicaux proprement dits, sur les affections puerpérales qui ont été observées pendant ce trimestre, et distribuées si inégalement dans les diverses divisions obstétricales; mais je ne reçois plus de vous aucun document sur ce sujet, et je ne crois même pas nécessaire de renouveler à ce propos des doléances qui sont toujours restées sans effet.

---

l'année suivante il serait plus heureux, car il se sentait si bien dans ces chaudes piscines, et puis ces montagnes pittoresques lui donnaient tant d'envie de retrouver un peu de jeunesse dans ses jambes, qu'il en frémissait d'impatience et d'espoir. Sur un mot, sur une question à propos de musique, voilà mon nouvel ami qui s'anime et s'agite; il était musicien passionné, et mon doigt s'était reposé, sans intention, sur la touche qui devait mettre en mouvement tout le clavier. Heureux hasard qui fit passer sous mes yeux, par un admirateur et un élève du grand Beethoven, d'intéressants détails sur la vie du maître!

Mon compagnon de voyage me raconta, en manière de préface, quelle était la tenue de Beethoven quand il faisait exécuter une de ses partitions; puis les détails se succédèrent les uns les autres. C'était une pantomime tellement exagérée qu'on oubliait l'œuvre pour suivre attentivement le spectacle donné par le chef d'orchestre. L'homme méritait une grande sympathie pour le côté moral de son caractère; mais il se distinguait par une versatilité qui ne fit que s'accroître dans les dernières années de sa vie. Ainsi, il ne se trouvait bien nulle part, et, dès qu'il était installé dans un appartement, il n'avait pas de repos jusqu'à ce qu'il en fût sorti. Cette manie des déménagements, et une certaine inaptitude à compter, qui est en général l'apanage des artistes, le mettaient assez souvent dans la gêne pour le forcer à battre monnaie. Il écrivait dans ces mauvais moments quelques phrases de musique, que sa servante allait échanger pour quelques florins chez les éditeurs de Vienne qui en faisaient avec empressement leur profit. Un jour qu'il n'y avait pas d'argent dans la maison, Beethoven se refusa à travailler, malgré les demandes réitérées de cette femme qui, ayant la responsabilité du pot-au-feu, insistait violemment auprès du maître. *Es muss sein*, il le faut! lui criait-elle; Beethoven, impatienté, répétait à son tour : *Es muss sein!* et continuait à crier, en compagnie de son tyran, la même phrase, tout en prenant la plume et en jetant des notes sur le papier. C'était

Accouchements.	Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.
Nombre mensuel des *accouchements* effectués dans les hôpitaux de Paris.	585	541	530	553	565	579
Nombre mensuel des *décès* survenus chez les femmes accouchées dans les mêmes hôpitaux	23	22	22	21	24	14
Nombre mensuel des *accouchements* de femmes envoyées par l'Administration chez des sages-femmes de la ville	208	216	192	150	137	»
Nombre mensuel des *décès* pour cette catégorie de femmes	1	3	4	1	3	»
Nombre mensuel des *accouchements* effectués à domicile par des sages-femmes des Bureaux de bienfaisance.	970	919	979	900	1,003	»
Nombre mensuel des *décès* pour cette catégorie de femmes	2	4	5	2	6	»
Décès dans les hôpitaux de femmes accouchées en ville et admises ensuite à l'hôpital.	5	7	12	8	8	4

NOTE SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE DE LA VILLE DE LYON PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1873

Communiquée par M. le docteur Fonteret.

Le printemps de 1873, quoique assez doux dans son ensemble, a compté, en avril, quelques jours froids, trois ou quatre jours de giboulées, deux ou trois jours pluvieux; et, une fois ou deux, le thermomètre est descendu à zéro. En mai, les variations de température ont été, à deux ou trois reprises, relativement assez tranchées, sans que le thermomètre soit descendu, cependant, au-dessous de 4 à 6° + 0. Juin nous a donné des chaleurs presque estivales, assez régulières, et l'abaissement

---

de la musique de cuisine, cette musique qui porte le titre d'*Es muss sein*, et que le compositeur venait d'écrire; mais elle brillait de verve originale et portait la marque visible du génie. — J'étais, moi qui vous parle, ajouta mon enthousiaste de Beethoven, j'étais à son enterrement, qui eut lieu à Vienne le dernier jour de mars de l'année 1827. J'y portais une torche et un bouquet de fleurs, et je n'oublierai jamais la belle musique que nos exécutants firent entendre pendant cette triste et solennelle cérémonie. La paralysie n'avait ni lésé la mémoire, ni refroidi l'imagination de cet ami d'un jour. Il vivait encore par l'esprit et le cœur. J'ignore si les eaux de Gastein lui ont conservé longtemps cette jeunesse de la meilleure partie de nous-même.

Peu après cette rencontre j'étais à Vienne, et on donnait ce jour-là, à l'*Operntheater*, le *Fidelio* de Beethoven avec l'ouverture d'*Euryanthe*; je n'aurais pas voulu pour tout au monde manquer une pareille occasion d'échapper au tapage musical et de m'enivrer de belle et saine musique, saine aux oreilles comme au cœur. Il y avait peu de monde; tant mieux. Près de moi était assis un homme pourvu d'un embonpoint exagéré, et dans un état d'extase et de bonheur qui attira mon attention sur lui. Tout à coup je m'écriai, car j'avais reconnu les lignes de cette figure sous les empâtements qui en altéraient le dessin : — Prince Dolgourouki! — Docteur Carrière! me répondit-il. — D'un commun accord, nous gardâmes le silence jusqu'à la fin de l'acte. Alors le prince me dit : — Vous aimez donc aussi Beethoven? Quant à moi, je viens chaque année à Vienne pour y continuer ma chasse accoutumée. J'y cherche et j'y trouve, car déjà ma collection est respectable, ces feuillets volants de musique que Beethoven a répandus avec tant de profusion autour de lui dans les mauvais moments de sa vie de douleur, de sa vie de douleur, entendez-vous docteur, car il était sourd dès l'âge de 28 ans, et il est mort en 1827!

du thermomètre n'a pas dépassé 8 à 9° + 0. Pendant ces deux derniers mois, les pluies ont été plus rares et moins abondantes qu'en avril, et ne se sont généralement traduites que par quelques averses, soit de jour, soit de nuit, dont un chaud soleil ne tardait pas à effacer la trace.

La *constitution médicale* des deux premiers mois de printemps a eu beaucoup d'analogie avec celle de l'hiver doux qui a précédé, et surtout du mois de mars; si ce n'est que l'état épidémique régnant a présenté, de mois en mois, une atténuation de plus en plus marquée dans le nombre des affections des voies respiratoires. En juin, principalement, le caractère estival s'est très-nettement affirmé, et l'élément saburral infectieux a pris franchement la place de l'élément catarrhal.

Les *bronchites chroniques* en recrudescence, les *fièvres catarrhales* et les *grippes*, assez nombreuses, les *pneumonies*, les *pleurésies* et les *angines*, au second plan pour la fréquence, n'ont pas revêtu, en général, d'autres caractères que ceux qu'elles avaient eus pendant l'hiver. Il faut peut-être en excepter les *pneumonies* des vieillards, à l'hospice de la Charité, qui passaient très-promptement de l'*adynamie* à l'hépatisation grise et à la mort.

Les *fièvres éruptives* ont persisté sans changement notable; ce sont : quelques rares varioles, quelques rares scarlatines, et beaucoup de rougeoles; ces dernières, comme en hiver, fréquemment compliquées de bronchite capillaire, de diphthérie, de coqueluche et d'éruption purpuriforme secondaire, survenant au déclin de l'exanthème morbilleux, et particulièrement dans le service des enfants, à la Charité.

Les *fièvres typhoïdes* ont eu, en avril, une *fréquence exceptionnelle* pour la saison; elles ont été plus rares en juin.

La *diphthérie* se montre toujours en ville. Les localisations cutanées et muqueuses (de la bouche et du nez) ont continué dans les salles des enfants, à la Charité.

Les *rhumatismes articulaires aigus*, assez nombreux en avril, moins nombreux depuis, ont été traités par plusieurs au moyen de la propylamine, sans résultat concluant jusqu'à présent.

Toujours quelques *érysipèles* de la face. L'influence érysipélateuse s'est fait sentir dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu en avril et mai : insuccès du sulfate de

---

Oui, Beethoven était sourd et hypochondriaque. Comment les idées tristes ne l'auraient-ils pas dominé, en présence d'une situation qui ne lui permettait pas d'entendre un seul des sons dont son esprit savait si merveilleusement combiner les effets? Il était musicien et il se trouvait condamné à ne pas pouvoir se retrouver lui-même. Beethoven sourd, c'est Raphaël aveugle et privé du bonheur de fixer au dehors, pour lui comme pour les autres, ces images divines que son intelligence enfantait. Ce mystère de la surdité pour les musiciens n'a pas été encore éclairci, je suppose. L'anatomie la plus fine n'a pas montré encore, que je sache, la différence qu'il y a entre les ramuscules nerveux de l'appareil auditif de ceux-ci et les mêmes ramuscules des êtres insensibles aux charmes de la musique. Évidemment, il y a dans la perfection de l'appareil le mieux organisé quelque chose de délicat dans le fini, qui l'expose à plus de dérangements. Il y manque cette force de tempérament qui ne se compose pas seulement du pouvoir résistant de la fibre, mais de l'économie que le possesseur fait de l'organe. Or, un musicien comme Beethoven devait avoir constamment l'oreille appliquée à la perception des sons. Son attention était tout entière accumulée dans cet organe. On a accusé l'éminent musicien de torts, de bizarreries de caractère. Qui, dans de telles conditions d'existence, eût été meilleur que lui?

C'était cependant un noble esprit, celui qui écrivait ces lignes (1). Quel sera, après un siècle, le jugement des maîtres sur les compositeurs les plus admirés? Tandis que tout est soumis à l'influence du temps et malheureusement à la mode, le vrai, le bon restent seuls ce qu'ils sont et jamais on ne portera sur eux une main audacieuse. Faites donc ce qui est bien; marchez avec courage vers un but qu'on n'atteint jamais parfaitement; perfectionnez jusqu'à la dernière heure les dons que la bonté divine vous a départis, et ne cessez jamais d'apprendre. La vie est courte et la science éternelle.

Dr Ed. CARRIÈRE.

(1) *Étude* ou *Traité d'harmonie et de composition*, ouvrage qui fait aimer le musicien en y montrant le penseur.

quinine. Le badigeonnage avec la solution au nitrate d'argent ou au perchlorure de fer ne réussit que lorsque l'influence épidémique s'affaiblit.

Les *embarras gastriques*, quelques-uns avec ictère, les diarrhées, quelques dysenteries, ont occupé la première place depuis le mois de juin et la dernière quinzaine de mai.

Diarrhées et *dysenteries*, dans le service des vieillards, à la Charité, sont, en général, très-graves, très-tenaces, et jettent vite le malade dans l'adynamie.

Une épidémie très-meurtrière de *fièvres puerpérales* a eu lieu dans le grand établissement de la Charité, depuis l'hiver. Le service des salles de rechange a été sans résultat efficace ; l'épidémie a commencé à s'éteindre lorsque, au milieu de mai, on n'a plus reçu que les cas urgents, les autres accouchements se faisant à l'hospice du Perron, situé à quelques kilomètres de Lyon.

Depuis la deuxième quinzaine de mai, les *affections sécrétantes de la peau* (eczéma et impétigo) ont pris une certaine acuité.

NOTE SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE DE LA VILLE DE BORDEAUX PENDANT LE DEUXIÈME TRIMESTRE DE 1873

Communiquée par M. Henri GINTRAC.

Avril : Mêmes conditions atmosphériques et même constitution médicale que les trois premiers mois de l'année.

Bronchites fréquentes et graves chez les tuberculeux. *Angines*. Quelques cas de *croup*. Pas d'autres affections aiguës.

Mai : Les maladies précédentes se montrent de moins en moins fréquentes. Apparaissent quelques cas de rhumatisme, des névralgies, des fièvres intermittentes.

Les affections anciennes du cœur présentent des aggravations sérieuses.

Cas rares de fièvre typhoïde.

Nombreuses *fièvres éruptives* dans l'ordre d'importance suivant : rougeole, varicelle, scarlatine. Bénignité presque absolue de ces affections. Pas de variole.

Juin : Les fièvres éruptives sont plus fréquentes encore que le mois précédent. Même bénignité que le mois précédent.

Quelques cas de pleurésie. Quelques pneumonies graves adynamiques.

Affections des centres nerveux : Méningites et méningo-encéphalites rapidement mortelles ; — Congestions cérébrales ; — Apoplexies cérébrales.

A la fin du mois, apparition des entérites et gastro-entérites habituelles en cette saison. Pas de gravité.

COMPTE RENDU DE LA PREMIÈRE DIVISION MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE ROUEN DEUXIÈME TRIMESTRE 1873

Par M. LEUDET.

Le nombre des malades a été peu considérable ; une partie des lits est demeurée vacante.

La *fièvre typhoïde* a été fréquente. J'ai reçu dans mes salles 31 cas de fièvre typhoïde. De ces 31 cas, 7 sont morts. La forme de la maladie était *adynamique*, avec accidents de catarrhe intestinal dominant. Pendant cette épidémie, j'ai noté une fréquence anomale de la *laryngite ulcéreuse*. Des 7 malades qui ont succombé, 2 avaient des ulcérations étendues du larynx et de l'épiglotte. Au commencement de juin, j'ai encore observé sur le cadavre deux exemples de laryngo-typhus. D'autres malades, qui ont guéri, ont également présenté une altération de la voix de longue durée. Un malade, à une période avancée de la pyrexie, a présenté des masses d'*hémorrhagies sous-cutanées;* l'une d'elles, placée au-dessus du grand pectoral gauche, avait le volume du poing ; sur la paroi du thorax, l'infiltration sanguine avait formé une large ecchymose. Ce malade n'eut pas d'autres hémorrhagies

viscérales qu'une infiltration de la base des poumons. Au commencement de juin, j'ai encore eu un *purpura* dans un cas de fièvre typhoïde mortelle. Je dois, enfin, ajouter 2 cas d'hémorrhagie intestinale.

Pendant ce règne épidémique, je n'ai recueilli que 3 exemples de fièvre synoque, 5 cas de catarrhe intestinal.

En résumé, la *fièvre typhoïde a été grave et a régné à une époque où l'on ne l'observe que rarement, et en petit nombre, dans notre localité*. Cette épidémie n'a pas été bornée à la population ouvrière, j'en ai eu en ville, dont un cas avec accidents spinaux tétaniques au début. J'en ai vu dans nos environs, principalement sur les bords de la Seine.

Les *fièvres éruptives* ont été rares; à peine quelques scarlatines bénignes.

Un seul cas de *croup* mortel; maladie heureusement *rare* à Rouen.

Les maladies de l'appareil respiratoire peu communes : 8 pneumonies.

La *phthisie*, toujours très-commune. Dans les six premiers mois de 1873, j'en ai eu 75 cas, dont 20 morts. L'année 1872 m'avait donné 142 cas, dont 43 morts.

Les *rhumatismes* (6 cas) en général subaigus. J'ai employé la propylamine sans un succès démonstratif.

PATHOLOGIE

DE L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE CONSÉCUTIVE A LA THORACENTÈSE. ARGUMENTATION ET RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SOUTENUE A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX;

Lecture faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 25 juillet 1873,

Par le docteur FÉRÉOL, médecin de la Maison municipale de santé.

L'hypothèse de la perforation spontanée sans pneumothorax, que je me suis hasardé à apporter devant la Société médicale des hôpitaux pour expliquer certains cas (non pas tous) d'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse, n'a trouvé, je dois le dire, ici et ailleurs, que des contradicteurs. Cette opposition, courtoise et bienveillante dans la forme, je me plais à le reconnaître et à en remercier mes nombreux adversaires, mais absolue dans le fond, était bien faite pour m'impressionner vivement. Je ne suis pas de ceux qui préfèrent volontiers leur opinion à celle d'autrui, surtout lorsqu'elle se heurte à l'unanimité de confrères aussi éclairés, et que nul ne respecte plus que moi. Laissant de côté tout faux amour-propre, je suis donc tout disposé à me contenter de la modeste satisfaction d'avoir apporté ici une question importante et délicate que je n'étais pas assez autorisé pour trancher seul, et d'avoir provoqué une discussion qui n'aura pas été sans quelque utilité.

C'est donc à résumer cette discussion que je veux m'attacher surtout; vous me pardonnerez, je l'espère, si je cherche encore à ne pas considérer la question comme tellement tranchée qu'il faille la rayer de celles qui restent à l'étude; c'est seulement dans cet esprit, et nullement dans l'espoir d'entraîner les convictions, que je tâcherai de répondre, dans la mesure de mes forces, aux arguments puissants qui m'ont été opposés.

Avant d'entrer dans la question, qu'il me soit permis de rectifier quelques assertions qui m'ont été prêtées à tort, et de rétablir la question sur le terrain où je l'ai placée :

1° Je n'ai nullement nié l'œdème bronchique, ni cherché, comme me l'a reproché M. Hérard, à substituer mon interprétation à la sienne; la meilleure preuve que j'en puisse donner, c'est que M. Moutard-Martin m'a accusé, et avec moi M. Terrillon, de garder un pied dans les deux camps. J'ai admis, en effet, très-catégoriquement que la théorie de l'œdème bronchique était applicable à un grand nombre de cas, à la majorité des cas si l'on veut; et si quelque chose m'étonne, je dois le dire, c'est que l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse ne soit pas plus fréquente; car il semble, d'après la théorie en vogue à l'heure qu'il est, que

toute thoracentèse devrait mettre le poumon décomprimé en mesure de fournir cette fluxion séreuse. Il n'en est rien, cependant; l'expectoration albumineuse reste un phénomène assez rare; M. Lande nous dit bien qu'on le notera plus souvent, maintenant qu'on y regardera davantage; il n'en est pas moins vrai que beaucoup de nos collègues ne l'ont pas encore rencontré. Depuis que cette discussion est commencée, j'ai pratiqué sept fois la thoracentèse à la Maison de santé; dans aucune de ces opérations le phénomène ne s'est produit. C'est donc une rareté; et il y a là quelque chose d'étrange et de particulier qui cadre assez mal, il faut l'avouer, avec l'explication qui pourtant réunit aujourd'hui tous les suffrages. Quoi qu'il en soit, la question est, pour moi, celle-ci : étant admis que la majorité des cas d'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse est explicable par l'œdème broncho-alvéolaire, n'existe-t-il pas une autre catégorie de cas moins nombreux où cette expectoration est due à une communication établie entre la plèvre et les bronches? C'est ainsi, et non autrement, que j'ai proposé mon hypothèse, et si j'ai fait ainsi, ce n'est nullement pour ménager le roi et la ligue, mais parce que certains cas m'ont paru réfractaires à la théorie qui rendait très-suffisamment compte des autres. J'insiste sur ce point parce qu'il est capital pour moi.

2° Je me suis mal expliqué si j'ai pu faire croire à M. Dujardin-Beaumetz que je considérais comme fréquente la perforation pleuro-bronchique dans les pleurésies; cela est tout à fait loin de ma pensée. J'ai voulu dire seulement, après M. Barthez, que lorsqu'une pleurésie se vidait par les bronches chez les enfants, il était fréquent que le pneumothorax fît défaut; et c'est de cette fréquence toute relative que j'ai tiré un argument contre la théorie du clapet.

A ce propos encore, je me suis mal exprimé, puisque beaucoup de mes collègues ont pu penser que j'attribuais à M. Barthez cette opinion que la pleurésie *séreuse* se vidât fréquemment par les bronches chez les enfants. J'ai relu mon texte à ce sujet, et je vois que j'ai dans ce passage parlé de la *pleurésie* (tout court); c'est M. Moutard-Martin qui a introduit dans la discussion, au grand bénéfice de sa clarté, je le reconnais, la distinction qu'il convient de faire dans ces cas entre la pleurésie *purulente* et la pleurésie *séreuse*. Mais si la confusion était possible en s'en tenant à la lettre même du passage auquel je fais allusion, on pouvait voir plus loin qu'elle n'était nullement dans mon esprit. Il y a, du reste, une raison péremptoire pour que la perforation spontanée ne s'observe pas dans l'enfance; c'est que la perforation spontanée ne se produit jamais que dans les pleurésies qui ont déjà de vingt-cinq à trente jours de date, comme l'a dit M. Brouardel; or, chez les enfants, toute pleurésie qui dure ce temps-là est une pleurésie purulente; c'est là une notion vulgaire. Enfin, les opinions de M. Barthez à ce sujet, ainsi qu'il m'en a lui-même donné l'assurance, sont très-fidèlement reproduites dans la séance de la Société médicale d'observation du 28 décembre 1866; et comme je renvoyais mes lecteurs à cette citation, il eût été facile de s'assurer que M. Barthez n'avait pas émis l'opinion qui lui était attribuée.

3° Comme dernière rectification, je ferai remarquer à M. Woillez que je n'ai nulle envie de nier l'importance très-grande qu'il convient d'attacher à l'analyse chimique comparée des liquides pleuraux et de l'expectoration albumineuse. J'ai dit seulement que le liquide pleural, en traversant le poumon, pouvait subir des modifications qui en altéreraient la composition et ôteraient de l'importance à la recherche; mais j'ai ajouté que s'il y avait grande analogie d'aspect et de composition entre les deux liquides, ce serait un argument d'une grande valeur pour ma thèse.

Ces rectifications de détail faites, j'arrive à l'historique de la question.

HISTORIQUE. — C'est M. le docteur Pinault (de Châteauroux), comme l'a justement fait remarquer M. Besnier, qui a eu le premier, en 1853, le mérite de donner à la fois une description complète du phénomène de l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse, et l'explication théorique de ce phénomène telle qu'elle paraît être aujourd'hui définitivement adoptée.

Quelque temps après, en 1862, M. Legroux apportait à notre Société des faits

nouveaux pour lesquels il proposait (et M. Woillez après lui en 1663) une autre explication, celle de la perforation traumatique du poumon.

Depuis lors, on voit les deux interprétations en présence; M. Moutard-Martin, en 1867, M. Hérard, en 1872, reproduisent la première; l'an dernier, à l'Académie de médecine, M. Marrotte reprend la seconde avec deux faits de M. Woillez, un fait de M. Besnier et un fait qui lui est personnel. Mais un élément nouveau et important est dès lors introduit dans la question; M. Besnier a eu le premier l'idée de verser de l'acide nitrique dans ce liquide d'expectoration d'aspect si analogue avec le liquide pleural, et il y a constaté la présence d'une grande quantité d'albumine; quelque temps après, M. Woillez a refait la même expérience sans connaître celle de M. Besnier, et est arrivé au même résultat; M. Woillez publie, dans son traité clinique, ces deux faits importants qui vont devenir peut-être le point de départ d'une étude nouvelle sur la séméiologie chimique des crachats.

Au même moment, M. Béhier communiquait à l'Académie un cas nouveau d'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse, et, sous l'empire d'une première impression sur laquelle il est revenu depuis, se demandait s'il n'y avait pas eu, dans ce cas, non pas une perforation traumatique, dont il rejetait la possibilité, mais une perforation spontanée.

A la fin de 1872 paraît la thèse de M. Terrillon, travail fort intéressant que chacun connaît aujourd'hui, et dont la conclusion, franchement hostile à la perforation traumatique, oscille quelque peu entre la perforation spontanée et l'œdème alvéolaire.

C'est dans ces circonstances que j'ai repris la question pour la soumettre à la Société des hôpitaux, plutôt que pour la résoudre. J'étais, comme M. Terrillon, peu disposé à admettre la perforation traumatique, à laquelle M. Hérard a, je crois, porté le dernier coup; comme M. Hérard, en effet, je crois que la piqûre du poumon par le trocart de l'opérateur, piqûre fort possible d'ailleurs, doit être absolument insuffisante pour créer au liquide pleural une voie vers les bronches; qui de nous n'a commis cette petite blessure, sans même que le malade ait eu un seul crachat sanglant? M. Dieulafoy ne constate-t-il pas, dans son livre, que ce petit accident s'est produit plusieurs fois sous la pointe de son trocart aspirateur, sans causer d'hémoptysie? Il y a donc fort à parier que l'instrument, pourvu qu'il ne s'enfonce pas à des profondeurs improbables, ne fera qu'une piqûre insignifiante qui se refermera aussitôt que le trocart sera retiré, c'est-à-dire instantanément, et ne laissera aucun passage par où le liquide pleural puisse pénétrer jusqu'aux bronches.

Mais, tout en rejetant la perforation traumatique, je constatais que la communication entre la plèvre et les bronches avait paru établie à trois de nos confrères; de plus, M. Béhier n'avait pas encore adhéré formellement à la théorie de l'œdème broncho-alvéolaire; à l'abri de ces quatre noms, je me croyais donc autorisé à chercher les raisons qui pourraient militer en faveur de la perforation spontanée.

La perforation spontanée sans pneumothorax existe, me disais-je, dans les pleurésies purulentes; elle n'est pas rare chez les enfants; elle l'est davantage chez les adultes, mais elle est admise généralement (V. Thèse de Saussier, 1841). Existe-t-elle chez les adultes dans les pleurésies séreuses? Le fait n'est pas prouvé; cependant j'apporte trois observations, contestables peut-être, mais qui peuvent passer pour des commencements de preuves. D'ailleurs, si la perforation *se fait* dans les pleurésies purulentes, il est possible qu'elle *se prépare* dans les pleurésies séreuses. Dès lors, il n'est pas impossible que la thoracentèse surprenne une de ces perforations en voie de formation, et n'en détermine l'achèvement sous l'action des quintes de toux qui suivent l'opération.

Tel est l'échafaudage, un peu fragile peut-être, sur lequel s'appuie en définitive mon argumentation.

De toutes parts aussitôt l'attaque commence.

C'est M. Dujardin-Beaumetz qui ouvre le feu avec son entrain habituel.

M. Moutard-Martin et M. Brouardel l'appuient, l'un de son autorité incontestable,

l'autre de considérations puisées dans les expériences physiologiques les plus récentes.

M. Besnier revendique les droits de priorité pour M. Pinault, et nous fait connaître la très-intéressante discussion de M. Lande, professeur à l'École de Bordeaux.

A la Société de biologie, MM. Liouville et Dumontpallier apportent des pièces anatomiques favorables à la théorie de l'œdème pulmonaire.

A l'Hôtel-Dieu, M. Béhier, dans une savante leçon clinique, commente ces deux observations nouvelles, qu'il rapproche des faits déjà connus, et conclut dans le même sens.

La *Gazette des hôpitaux*, généralisant la question, publie plusieurs faits intéressants qui prouvent que l'expectoration albumineuse peut s'observer en dehors de la pleurésie.

M. Woillez, se ralliant à mes adversaires pour combattre la perforation spontanée, maintient dans un premier discours la possibilité de la perforation traumatique.

M. Hérard reprend alors contre moi les arguments déjà présentés, et détermine la renonciation de M. Woillez à son explication.

Enfin M. Desnos, dans une note concise et savante, nous donne sur la question des gaz dissous dans les liquides pleuraux des aperçus importants.

Telles furent les principales phases de cette discussion, dont il me reste maintenant à résumer l'esprit, en tâchant d'être le moins prolixe et cependant le plus complet possible. J'aurai besoin pour remplir ma tâche de toute votre bienveillante attention.

Les objections qui ont été faites à l'hypothèse de la perforation spontanée peuvent être catégorisées en deux classes : les unes capitales, essentielles, sur lesquelles j'insisterai tout à l'heure; les autres secondaires, que je me contenterai de passer en revue brièvement tout d'abord.

OBJECTIONS DE DÉTAIL.

1° *Comment, dans l'hypothèse de la perforation, expliquer le retard qu'éprouve habituellement l'expectoration albumineuse?*

M. Woillez a fait remarquer que ce retard était très-variable, qu'il n'existait même pas toujours; on conçoit d'ailleurs qu'un certain temps puisse être nécessaire pour que le liquide pleural arrive jusqu'à la glotte; la communication pleuro-bronchique peut être fort étroite. En tout cas, à ce qu'il me semble, l'objection s'adresse aussi bien à l'hypothèse de l'œdème; il n'est pas plus difficile de comprendre le retard dans un cas que dans l'autre.

2° *Comment expliquer, s'il y a une perforation, que l'expectoration albumineuse ne se reproduise pas, alors que le liquide pleural se reproduit?*

D'abord, le liquide pleural ne se reproduit pas toujours après l'expectoration albumineuse. Il semble même souvent que ce phénomène a hâté et assuré la guérison. Ensuite, dans les cas où il y a récidive de l'épanchement, cette récidive ne se prononce pas immédiatement après l'expectoration albumineuse; celle-ci est ordinairement de courte durée; il est rare qu'elle se prolonge deux jours; donc, quand la récidive de l'épanchement se manifeste, la communication entre les bronches et la plèvre peut être cicatrisée.

3° *Comment admettre, s'il y a une perforation, que l'expectoration albumineuse se reproduise en récidive après plusieurs thoracentèses consécutives? Il faudrait donc supposer une fistule qui s'ouvrirait, se fermerait, se rouvrirait, se refermerait encore? Cela est inadmissible.*

J'en conviens sans peine. Ces cas, évidemment, comme celui de M. Béhier (Académie de médecine, 1872), ne sont explicables que par l'œdème broncho-alvéolaire.

4° *M. Moutard-Martin s'étonne que l'expectoration albumineuse soit aussi abondante dans certains cas, si elle vient de la plèvre; et trouve dans son abondance même une raison de plus de croire à sa provenance œdémateuse.*

M. Woillez a répondu que si on admettait la fluxion séreuse dans les bronches, après la thoracentèse, il n'y avait aucune raison de la refuser à la séreuse même; le liquide peut s'y reproduire à mesure qu'il s'évacue par les bronches.

5° *M. Dujardin-Beaumetz objecte que, pour expliquer la guérison de la pleurésie par l'évacuation bronchique, il faut nécessairement supposer que la fistule occupe toujours le point le plus déclive de la plèvre.*

Cela n'est nullement nécessaire. Le décubitus peut jouer ici un rôle important. D'ailleurs il peut se passer là quelque chose d'analogue à ce que nous voyons tous les jours dans les ponctions ascitiques, à ce qui est signalé même dans l'observation de M. Besnier (obs. VII de M. Terrillon); la canule enlevée, le liquide s'écoule par l'orifice de ponction; les forces capillaires font ce que ne pouvaient plus faire les pressions viscérales.

Telles sont les objections de détail dont je tenais à faire l'analyse avant d'arriver aux objections capitales, qui m'arrêteront plus longtemps, et auxquelles j'aurai beaucoup plus de peine à répondre, j'en conviens à l'avance.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE MÉDICALE

ABCÈS DU FOIE; — OUVERTURE DANS LA VEINE CAVE ASCENDANTE; — COLLECTIONS PURULENTES CONSÉCUTIVES DANS LES POUMONS;

Présentation faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 juillet 1873,

Par le docteur Léon Colin, professeur au Val-de-Grâce.

Le malade atteint de cette lésion entra dans mon service du Val-de-Grâce, au mois de décembre 1872; il était très-fatigué, profondément anémique; la peau offrait une teinte subictérique; il existait de la dyspnée avec douleur sourde dans le flanc droit; des accès fébriles très-caractérisés, dont la période algide durait près de deux heures, revenaient irrégulièrement depuis environ deux mois, et n'avaient cédé ni au sulfate de quinine, ni à l'arsenic, ni au tannin, etc.

Le malade nous apprenait, en outre, que quinze mois auparavant (à la fin de 1871), il était rentré du Sénégal où il avait séjourné pendant trois ans; il en revenait déjà pour motif de santé, ayant été atteint de fièvres à plusieurs reprises, et d'anémie consécutive. Il avait éprouvé quelque bien-être après une saison aux eaux de Vichy (printemps 1872), et n'avait été atteint des symptômes actuels qu'au début de l'hiver suivant, au moment de retourner à son poste.

Il est important de noter qu'à nos demandes fréquemment réitérées le malade répondit toujours n'avoir pas eu la dysenterie; à deux ou trois reprises seulement, pendant son séjour au Sénégal, il avait eu des dérangements intestinaux; jamais de selles sanglantes.

Malgré l'absence de dysenterie antérieure, malgré l'absence de tout signe physique à la palpation et à la percussion, qui n'accusaient aucun changement marqué de volume ni de forme de la glande hépatique, le diagnostic : abcès du foie, fut porté : 1° en raison de la dyspnée et des douleurs éprouvées dans le flanc droit; 2° en raison de la persistance des accès fébriles, malgré l'emploi de la médication spécifique qui aurait au moins influencé, sinon supprimé, des accès d'origine purement palustre; 3° enfin, en raison de la provenance du malade.

La coloration ictérique, qui devint plus marquée quelques semaines après l'entrée du malade, nous faisait supposer le voisinage de l'abcès et des principaux canaux biliaires; nous pensions donc à un abcès de la face convexe du foie.

Après trois mois de séjour dans nos salles où nous employâmes, sans résultat, les médications les plus variées, le malade subit une exacerbation notable des deux principaux symptômes de son affection, la fièvre et la douleur; il n'y eut plus d'intervalle bien net entre les accès; le type devint rémittent, à paroxysmes vespérins suivis d'abondantes sueurs, comme dans les fièvres hectiques. D'autre part, les douleurs, jusque-là sourdes et profondes, devinrent superficielles, atteignant leur summum d'intensité au-dessous du mamelon droit, au niveau du bord supérieur du foie; en même temps se manifestait une douleur caractéristique au sommet de l'épaule droite, douleur continue sans être excessive, et enlevant au malade les quelques instants de sommeil que lui permettaient les intervalles de rémission fébrile.

A cette période de l'affection, c'est-à-dire trois semaines environ avant la mort, nous mo-

difiâmes notre première opinion sur le siége de l'abcès et sur les tendances du pus vers une voie d'élimination que nous croyions d'abord devoir être l'intestin. Les douleurs au niveau du bord supérieur du foie, d'une part; d'autre part, la douleur de l'épaule droite nous firent admettre que le pus tendait à pénétrer dans le thorax, et que la collection venait affleurer la face convexe de la glande; nous crûmes davantage encore que nous allions assister à une crise de ce genre en voyant augmenter la dyspnée et apparaître une expectoration de crachats rouillés, analogues aux crachats pneumoniques et qui, habituellement, comme nous-même l'avions vu en deux circonstances, indiquent un ramollissement inflammatoire du tissu pulmonaire au moment où le pus hépatique va se frayer une voie par les bronches.

L'autopsie ne devait pas confirmer cette nouvelle manière de voir sur le siége de l'abcès; les symptômes de dyspnée se transformèrent bientôt en symptômes asphyxiques, et le malade succomba au commencement du mois de mai 1873.

Autopsie. — La surface du foie est libre d'adhérences anormales et d'exsudation; au moment où, pour enlever la glande, on en contourne le bord postérieur, la veine cave ayant été entamée dans cette manœuvre, on voit s'écouler du pus épais, cailleboté, à travers une ouverture large comme une pièce d'un franc, qui fait communiquer cette veine avec une vaste poche située dans le lobe droit du foie.

Nous constatons alors que nous avons affaire à un vaste abcès dont la cavité admettrait une orange; cette cavité est ovalaire dans le sens transversal de la glande; elle occupe la zone inférieure du lobe droit, séparée de la face convexe par une épaisseur de parenchyme qui varie de 2 à 4 centimètres, et d'autre part affleurant tellement la face concave que, sur une surface assez large, les membranes d'enveloppe sont presque contiguës à la capsule de Glisson; cette cavité est immédiatement circonscrite par une pseudo-membrane blanchâtre, tomenteuse, envoyant à son intérieur un réseau de grandes villosités frangées à leurs extrémités, et circonscrivant, par l'entrecroisement de leurs bases, des espaces aréolaires qui paraissent correspondre aux divisions lobulaires dans lesquelles a pénétré la fonte purulente. Plus en dehors, une autre pseudo-membrane, d'un brun transparent, d'une consistance fibreuse, épaissie de deux millimètres, unit intimement cette enveloppe interne au tissu hépatique, dont la coloration jaunâtre au voisinage du kyste indique l'infiltration graisseuse des cellules; mais ce kyste n'est pas complet et n'existe qu'au côté supérieur de l'abcès; il fait complétement défaut du côté correspondant à la face convexe du foie.

Cet abcès est le seul qui existe au moment de l'autopsie; mais nous constatons, à la face convexe du foie, à peu près au point le plus culminent du lobe droit, une plaque de tissu blanc, fibreux, constituant le centre d'une légère dépression autour de laquelle les rides de la surface de la glande indiquent, d'une manière évidente, un processus de rétraction cicatricielle; plusieurs coupes perpendiculaires permettent d'établir l'indépendance absolue de cette ancienne lésion et de l'abcès actuel, qui partout en est séparé par une épaisseur notable de tissu complétement sain.

Dans le gros intestin, nous ne trouvons à noter qu'un piqueté ardoisé disposé en petites couronnes autour d'un certain nombre de follicules, mais sans hypertrophie, sans ulcération ni déhiscence d'aucun de ces follicules; cette intégrité presque absolue du gros intestin confirme les renseignements que nous avions recueillis du malade sur la non-existence d'une dysenterie antérieure. La rate est doublée de volume.

Les poumons sont le siége de lésions considérables qui nous paraissent avoir été la cause immédiate de la mort. Chacun d'eux présente à sa surface cinq ou six éminences blanchâtres, plus larges que des pièces de cinq francs, d'une forme régulièrement arrondie comme des segments de sphère. Ce sont autant de foyers superficiels remplis de pus blanc, homogène; ces foyers sont remarquables par leur dimension, chacun d'eux renfermant au moins 80 à 100 gr. de ce liquide, ce qui nous permet d'estimer à un kilogramme environ la quantité de pus contenue dans le parenchyme pulmonaire.

Il existe à la base des poumons des traces de congestion; mais le tissu qui entoure les collections purulentes est parfaitement sain; il n'est ni ramolli ni injecté, et semble avoir été tassé sur lui-même, come si le pus s'était accumulé sans inflammation préalable du parenchyme.

Rien de particulier dans le cœur, dont les cavités droites spécialement sont examinées avec soin, et ne renferment pas trace de liquide purulent.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous semble être du plus haut intérêt. Nous signalerons d'abord :

1° L'absence de dysenterie antérieure.

2° L'existence, à la face convexe du foie, d'une cicatrice indiquant très-pro-

bablement l'évolution antérieure, et la guérison spontanée d'un premier abcès; cette guérison, d'après le degré actuel du travail de réparation, semble remonter à plusieurs mois et, sans doute, elle a coïncidé avec le bien-être éprouvé par le malade à la fin du printemps de 1872.

3° Notons enfin l'absence d'adhérences et d'exsudations à la face concave du foie, malgré la superficialité de l'abcès de ce côté de l'organe.

Mais l'intérêt spécial de cette observation repose spécialement sur les deux particularités suivantes : *A*. Communication du foyer hépatique avec la veine cave; *B*. collections purulentes consécutives dans le parenchyme pulmonaire.

Ces deux faits sont extrêmement rares, sans exemple peut-être; l'ouverture des abcès des *pays chauds* dans la veine cave n'a encore été admise, par divers auteurs, que comme possible (Rouis, p. 75); Andral dit qu'on l'aurait observée une fois; d'autre part, les accidents de résorption purulente, consécutivement à la pénétration du contenu de ces abcès dans un gros vaisseau, n'ont point été signalés, au moins à notre connaissance.

Nous avons été frappé, dans l'examen des poumons, de la dimension considérable des collections purulentes renfermées dans le parenchyme, sans trace d'inflammation autour de ces foyers, ce qui les distinguait des abcès métastatiques ordinaires. Nous nous demandons si le pus versé par l'abcès dans la veine cave n'est point venu se déposer mécaniquement dans le tissu pulmonaire qui l'a retenu comme un filtre; dans aucun autre organe il n'y avait de pus.

En terminant, nous ferons remarquer que si, durant la vie, un de ces foyers purulents des poumons s'était ouvert dans une bronche et avait été évacué sous forme de vomique, nous eussions été entraîné presque fatalement à une méprise complète, et nous eussions considéré cette évacuation comme la preuve de la pénétration directe du pus hépatique dans les bronches à travers le diaphragme.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE L'ASPIRATION DES LIQUIDES MORBIDES. Méthode médico-chirurgicale de diagnostic et de traitement : Kystes et abcès du foie; hernie étranglée; rétention d'urine; péricardite; pleurésie; hydarthrose, etc., par le docteur G. DIEULAFOY. Un volume in-8°. Paris, 1873. G. Masson, éditeur.

DEUXIÈME ARTICLE. — (Voir le numéro du 29 juillet.)

L'aspiration n'a été pratiquée qu'une seule fois dans un cas d'empoisonnement par l'opium, chez un nouveau-né. Le succès répondit à l'espoir de l'opérateur.

L'auteur ne rapporte qu'un seul cas, également de kyste uniloculaire de l'ovaire, guéri par l'aspiration. Il y eut insuccès dans un cas de kyste multiloculaire où, après quinze aspirations, la malade succomba à une péritonite, suite probable d'une perforation de l'estomac.

Cinq observations d'hydrocéphalie chez l'enfant, et dans lesquelles l'aspiration a été pratiquée, n'ont donné aucun bon résultat.

Au contraire, dans deux observations de *spina bifida*, l'aspiration a été suivie de succès.

Dans sa note du 2 novembre 1860, M. Dieulafoy avait pressenti plus qu'il n'avait indiqué l'emploi de l'aspiration au traitement des hernies étranglées. L'honneur de l'application de la méthode revient à M. Duplouy, de Rochefort, et à M. le professeur Dolbeau, qui, à l'insu l'un de l'autre, pratiquèrent cette opération.

Le chapitre qui est consacré à cette application de la méthode traite de son innocuité, de ses indications et du manuel opératoire. Voici comment l'auteur termine ce chapitre :

« En résumé, en présence d'une hernie étranglée, quelle conduite faut-il tenir ? On commence d'abord par pratiquer le taxis une première fois, méthodiquement, mais sans trop d'efforts et sans trop d'insistance; si la hernie n'est pas réduite après cette première tentative, il est inutile, il est même nuisible d'insister plus longtemps et de temporiser, il faut avoir recours à l'aspiration.

« L'aspiration pratiquée chez les malades de notre statistique a donné des résultats qu'aucun autre procédé ne pourrrait revendiquer, et cependant on l'a presque toujours employée en dernier ressort, dans les conditions les plus défavorables, pour des hernies étranglées depuis plusieurs jours et fatiguées par des tentatives répétées de taxis; on peut juger par là des succès que l'on obtiendrait si l'aspiration était appliquée avec méthode, suivant les règles que

nous venons d'exposer, alors que l'étranglement n'est pas ancien et que l'intestin n'a pas été tourmenté par un taxis quelquefois intempestif. Mais si l'aspiration, pratiquée suivant les préceptes que nous avons indiqués, n'est pas suffisante à opérer la réduction herniaire, c'est qu'il existe des causes d'irréductibilité, telles que des adhérences; en pareil cas, le débridement est nécessaire, et nous pensons qu'il faut, sans de nouvelles tentatives, en arriver à la kélotomie. »

Un grand nombre d'observations viennent à l'appui de ces considérations. Elles sont divisées en plusieurs catégories : celles où l'aspiration a suffi seule, celles où la kélotomie a été employée après l'aspiration et qui a été suivie de succès, celles où l'aspiration et le taxis ayant été impuissants, il a fallu avoir recours à la kélotomie qui a eu des conséquences fatales; celles où la mort a suivi l'aspiration seule employée.

Dans la troisième partie, l'auteur traite de l'aspiration dans les cavités séreuses. Le premier article est consacré à l'emploi de l'aspiration dans les épanchements du péricarde. Trois observations seulement sont rapportées, dont une seule suivie de guérison. Ces faits ne paraissent pas suffisants pour légitimer les réflexions un peu enthousiastes de l'auteur en faveur de l'application de sa méthode au traitement des épanchements du péricarde.

L'auteur est plus heureux dans l'article suivant, consacré aux applications de l'aspiration, aux épanchements pleuraux, surtout aux épanchements aigus. Comme moyen de diagnostic, l'auteur établit qu'on peut toujours, grâce à l'aspiration, arriver au diagnostic *certain* des épanchements thoraciques, kystes et abcès pleuraux ou pulmonaires; qu'on est en même temps renseigné sur l'existence, sur le siége et la nature du liquide. L'auteur prescrit de pratiquer l'exploration avec l'aiguille n° 1 ou n° 2, armée du vide préalable. Il indique que les symptômes qui annoncent la piqûre du poumon sont la douleur, l'aspiration de quelques gouttes de sang, et très-rarement le rejet de crachats sanguinolents; mais que cette piqûre du poumon par l'aiguille aspiratrice est un accident insignifiant, et qu'elle est même, en cas d'erreur, la seule condition qui permette d'établir sûrement le diagnostic.

Il est certain que pour les épanchements aigus de la plèvre, la thoracentèse par aspiration a remplacé généralement les autres procédés. « Ce n'est plus, dit l'auteur, une opération, c'est une piqûre d'aiguille qui supprime à la fois la douleur et le danger, et qui permet de faire passer plusieurs litres de liquide à travers une ouverture si minime que, l'aiguille retirée, il est à peine possible d'en retrouver les traces sur la peau. »

Quant à la pleurésie purulente, voici le traitement conseillé par l'auteur :

1° Pratiquer d'abord des aspirations successives à couvert, et souvent répétées, au moyen de l'aiguille n° 2 ou n° 3.

2° Si ces aspirations souvent répétées n'amènent pas un bon résultat, nous croyons utile, sans trop attendre, surtout chez l'adulte, de passer à la phase intermédiaire, c'est-à-dire de faire le *pansement* de la plèvre deux ou trois fois par jour, au moyen de lavages et d'injections appropriés, et cette manœuvre est rendue facile par le *trocart thoracique* mis en rapport avec un *aspirateur injecteur*.

3° Ces derniers moyens sont applicables au cas où l'épanchement serait compliqué de pneumothorax, pourvu que celui-ci ne soit pas de nature tuberculeuse.

4° Dans le cas où ces différents procédés ne réussiraient pas, il faut, sans hésiter et sans retard, pratiquer l'opération de l'empyème.

Trop peu de temps nous sépare de la grande discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur ce sujet, pour qu'il soit nécessaire de rappeler les diverses opinions émises, et dont les unes sont favorables, les autres contraires à celles de M. Dieulafoy.

Une très-heureuse application de l'aspiration a été faite au traitement de l'hydarthrose et des épanchements du genou. L'auteur a réuni 150 observations d'hydarthroses de toute nature traitées par la méthode nouvelle et sans qu'aucun accident en soit résulté. Un seul fait, celui que M. le docteur Dubreuil a cité dans une séance de la Société de chirurgie, est venu jeter une ombre sur ce tableau séduisant. Mais M. Dieulafoy fait remarquer avec raison que ce seul cas malheureux, en admettant que la ponction aspiratrice en ait été la cause, ce qui est discutable, ne peut pas balancer 150 cas où cette ponction a été indemne de tout accident.

On sait combien sont divers, longs et souvent inefficaces, les traitements de l'hydarthrose employés jusqu'alors : vésicatoires répétés, badigeonnages à l'iode, calomel, tartre stibié; dans les faits rapportés par M. Dieulafoy, nous voyons une douzaine de cas guéris par l'aspiration après trois à huit jours. Il n'en est pas toujours, ni même le plus fréquemment ainsi; le plus grand nombre des malades a guéri dans un espace de temps de huit à quinze jours, et après des ponctions plus ou moins répétées. « Nous croyons donc, dit l'auteur, qu'à moins de circonstances spéciales, on doit abandonner, pour le traitement de l'hydarthrose, les différentes médications dont aucune, du reste, ne jouit d'une bien grande faveur, à savoir : 1° le calomel

jusqu'à salivation, préconisé par O'Beirn (de Dublin), moyen fécond en stomatites et pauvre en bons résultats ; 2° l'émétique à haute dose, conseillé par Gimelle, qui commençait par administrer 20 centigrammes dans les 24 heures et augmentait tous les jours de 10 centigrammes jusqu'à concurrence de 90 centigrammes ; 3° les badigeons à la teinture d'iode, les vésicatoires plusieurs fois renouvelés ou entretenus pendant quelques semaines. Ces différents traitements doivent faire place à l'aspiration, qui nous paraît être le traitement rationnel de l'hydarthrose. »

Dans la quatrième partie, l'auteur traite des applications qui ont été ou qui pourraient être faites de l'aspiration au traitement des épanchements du tissu cellulaire, des abcès par congestion, des abcès chauds, des adénites et des bubons suppurés.

Dans la cinquième partie, enfin, M. Dieulafoy décrit les divers appareils aspirateurs qu'il a imaginés, ainsi que plusieurs de ceux qui ont été employés ou proposés par d'autres confrères.

Cet ouvrage, qui aurait pu être facilement réduit et qui traduit un enthousiasme, après tout, bien naturel chez un inventeur, est intéressant, et plusieurs de ses chapitres sont de bons articles de pathologie et de thérapeutique. Cette méthode est bien nouvelle, et ses applications ne sont peut-être pas encore assez nombreuses pour que l'auteur ait pu tirer des conclusions bien arrêtées ; mais du moins l'auteur montre dans cet ouvrage un sens scientifique remarquable, une grande bonne foi dans l'exposé des faits, un ton de discussion amène et d'un homme bien élevé. Ajoutons que la forme est soignée et littéraire, ce que nous n'avons pas toujours l'occasion de rencontrer dans la littérature médicale actuelle. — A. L.

ÉTUDE SUR L'EXTIRPATION DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RECTUM, par le docteur A.-H. MARCHAND, prosecteur des hôpitaux. (J.-B. Baillière, 1873.)

Cette opération, vulgarisée en France par Lisfranc, tour à tour louée à l'excès ou dépréciée outre mesure, est devenue, entre les mains de M. Marchand, le sujet d'une excellente monographie, dans laquelle l'auteur a su prouver qu'avec du jugement, une bonne méthode d'exposition et de bonnes observations, on peut faire une thèse intéressante sur une opération chirurgicale, problème qui nous a toujours semblé difficile à résoudre.

L'auteur s'applique à rechercher si l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum mérite tout le dédain avec lequel la traitent certains chirurgiens ; quelles doivent être les règles de son emploi, la mesure de son utilité. Il étudie successivement : 1° les diverses méthodes et procédés à l'aide desquels on doit l'exécuter ; 2° les accidents qui peuvent immédiatement la suivre ; 3° les indications auxquelles elle répond, et ce qu'on peut attendre d'elle. Ses conclusions sont les suivantes :

1° L'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum, si elle est pratiquée dans de certaines limites, n'est pas une opération très-grave.

2° Elle n'expose pas plus qu'une autre, depuis surtout qu'on a appliqué à son exécution certains moyens excrétiques, à des complications immédiates qui doivent la faire rejeter.

3° Elle n'entraîne aucune infirmité qui puisse soutenir la comparaison avec celles que crée la maladie contre laquelle elle est le plus souvent dirigée.

4° Les récidives qui la suivent ne sont pas plus fréquentes ni plus rapides que celles qui succèdent aux opérations pratiquées dans un même but sur d'autres points de l'économie, lorsque les limites du mal ont pu être dépassées largement.

5° Elle doit être réservée cependant aux cas où on a la certitude de pouvoir enlever tout le mal. Comme simple palliatif, les résultats qu'elle donne peuvent être obtenus plus facilement par d'autres moyens.

6° Au point de vue des conditions que doivent présenter les parties pour que l'opération puisse être entreprise, il est indispensable que le rectum soit libre et mobile dans l'enceinte pelvienne. On doit s'assurer aussi exactement qu'on le peut que les organes génito-urinaires chez l'homme sont absolument indemnes, leur participation à la maladie contre-indiquant formellement toute opération (Verneuil).

7° Il n'en est pas de même chez la femme, où la cloison recto-vaginale peut être intéressée plus ou moins largement sans qu'il en résulte de très-graves inconvénients.

8° Contre les rétrécissements, l'extirpation doit toujours rester un moyen tout à fait exceptionnel. Ce n'est qu'après des tentatives nombreuses, et en présence d'un état général grave, qu'on est autorisé à en arriver à cette extrémité. — L.-G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1873. — Présidence de M. Bernutz.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Présentation, par M. Léon Colin, de pièces relatives à un *abcès du foie ouvert dans la veine cave.* — Rapport de M. Moutard-Martin sur un travail de M. Lagout, intitulé : *De l'herpès labialis.* — Rapport sur les *maladies régnantes* pendant les mois d'avril, mai et juin 1873, par M. Ernest Besnier. — Suite de la discussion sur l'*expectoration albumineuse après la thoracentèse* : MM. Hérard, Desnos. — *Des inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans les affections chroniques des voies respiratoires*, par M. Libermann.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Moutard-Martin demande à rectifier une opinion qu'il a cru trouver dans le travail de M. Féréol sur l'expectoration albumineuse. De l'audition et de la lecture du travail de M. Féréol, dit-il, il semble résulter, sans que le mot *séreux* ait été écrit, que M. Barthez aurait vu des épanchements séreux de la plèvre *chez les enfants* se faire jour à travers les bronches, sans production de pneumothorax. Or, M. Barthez m'a déclaré qu'il n'avait jamais observé de perforation pulmonaire sans pneumothorax dans des pleurésies *séreuses* ; il n'a vu ce fait que dans des pleurésies purulentes.

M. Féréol répudie l'opinion qu'on lui prête ; quand il a cité M. Barthez, il a voulu aussi parler de pleurésies purulentes et non de pleurésies séreuses ; mais il convient que sa rédaction n'est pas suffisamment claire et peut prêter à une interprétation qui n'est pas l'expression de sa pensée.

—

La correspondance manuscrite comprend une lettre informant la Société que les Sociétés de médecine et médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux ont fusionné en une seule Société, qui porte le nom de *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.*

La correspondance imprimée comprend :

1° *Gazette médicale de Bordeaux*, 1873, n° 13.
2° *Lyon médical*, 1873, n° 14.
3° *Gazette médicale d'Orient*, mars et avril 1873.
4° *Bulletins de la Société anatomique*, janvier et février 1873.
5° *Marseille médical*, 1873, n° 6.
6° *Journal médical de la Mayenne*, 1873, n° 4.
7° *Mémoires et Bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux*, 1871, 1er et 2e fascicules.
8° *Mémoires et Bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1872, 1er et 2e fascicules.
9° *Tribune médicale*, nos 254 et 255.

—

M. Léon Colin présente à la Société des pièces anatomiques relatives à un *abcès du foie ouvert dans la veine cave ascendante*, et lit l'observation. (Voir plus haut.)

M. Bourdon a vu plusieurs malades chez lesquels l'ouverture de foyers purulents du foie *non enkystés* a déterminé la mort après des symptômes d'infection putride, et M. Dutroulau lui a déclaré que les choses se passaient toujours ainsi quand le foyer purulent n'était pas enkysté par une néo-membrane. M. Colin ne doit donc pas avoir de regrets de n'avoir pas pu pratiquer l'ouverture de l'abcès.

M. Woillez demande s'il y a eu quelques symptômes indiquant le passage du pus dans la veine cave. Il a rapporté, dans son *Traité de diagnostic médical*, une observation d'ouverture d'une collection purulente dans la veine cave, empruntée à un auteur étranger, dans laquelle cet accident avait été annoncé dès le début par des phénomènes graves.

M. Léon Colin répond que son malade a eu, à un certain moment, des douleurs vives dans la région diaphragmatique, mais que ces douleurs n'ont pas paru imputables à la rupture de l'abcès.

—

M. Moutard-Martin lit un rapport sur un mémoire de M. Lagout, médecin à Aigueperse, intitulé : *Observations et considérations sur l'herpès labialis.*

Messieurs,

M. le docteur Lagout vous a présenté, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un long et important travail sur l'*herpès labialis* considéré comme fièvre éruptive,

ayant son évolution normale, évolution type se terminant par la guérison, et une évolution anormale se terminant quelquefois par la mort; se présentant tantôt à l'état épidémique, tantôt à l'état sporadique.

Dans le travail de M. Lagout, les observations sont nombreuses, et il décrit avec soin une épidémie qu'il a observée en 1864, dans laquelle, chez tous les malades, la fièvre a débuté brusquement par un frisson suivi de fièvre et d'une énorme éruption d'*herpès labialis* au bout de trente-six à quarante-huit heures.

Des faits nombreux qu'il a observés, tantôt avec leur évolution normale, tantôt sous forme anormale, M. Lagout tire cette conclusion : que l'*herpès labialis* est une maladie spécifique, *sui generis*, présentant tous les caractères des fièvres éruptives, et il n'hésite pas à le ranger dans cette classe, tout en admettant quelques particularités qu'il est bon de noter :

L'*herpès labialis* n'est pas contagieux.

L'*herpès labialis* est sujet à récidives, et elles peuvent être nombreuses.

L'*herpès labialis* atteint tous les âges.

Dans ses conclusions, M. Lagout s'appuie sur l'autorité de MM. Gubler, Lasègue et Parrot, qui admettent la spécificité de l'*herpès labialis* sans prononcer aussi catégoriquement le mot de fièvre éruptive.

Passant à l'angine herpétique, l'auteur démontre par des observations combien est fréquente la coïncidence de l'*herpès labialis* avec l'angine herpétique. Cette coïncidence avait été signalée par Bretonneau, Trousseau, Gubler et Lasègue, mais comme simple coïncidence. Pour MM. Lagout et Parrot, c'est la même maladie; elle ne fait qu'un, que la poussée éruptive se produise dans la gorge ou aux lèvres, ou bien dans les deux endroits à la fois.

Je ne vous donnerai pas le détail de toutes les citations puisées par l'auteur dans les travaux de ses devanciers, elles sont nombreuses, bien choisies, et elles sont discutées avec une grande netteté.

Nous arrivons à un chapitre troisième ayant pour titre : PNEUMONIE HERPÉTIQUE. Ici, l'auteur s'est peut-être laissé un peu trop entraîner par son sujet, mais il n'est pas le seul. Notre collègue, M. Parrot, admet, comme M. Lagout, la pneumonie herpétique, parce qu'il arrive souvent que, à une certaine période de la pneumonie, survient un *herpès labialis*. Je sais que cette question est encore débattue dans beaucoup d'esprits généralisateurs, et il faut rendre cette justice à M. Lagout que sa proposition est défendue avec talent, appuyée sur un grand nombre de preuves que tous ne trouveront certainement pas suffisantes, mais dont on ne peut nier la valeur, et qui le conduisent à se résumer en ces termes :

L'angine et la pneumonie herpétiques ne sont que la manifestation sur des muqueuses de l'élément éruptif : herpès labialis, *pendant la fièvre d'élimination.*

Le travail de M. Lagout, rempli de faits et de citations entremêlées de discussions doctrinales, est d'une analyse très-difficile, mais il résume lui-même, en quelques propositions que je transcris, ce qui a rapport à la pneumonie herpétique :

« 1° Ainsi que le fait remarquer Grisolle, c'est surtout lorsque l'éruption vésiculeuse « se fait sur la lèvre supérieure que la résolution de la pneumonie est plus franche ; ou, pour « moi, que l'éruption a accompli le plus sûrement son évolution régulière.

« 2° Lorsque l'éruption se montre autour des ailes du nez, elle semble incomplète, et, dans « ce cas, la fièvre d'élimination, insuffisante dans un premier essai, recommence d'après le « type intermittent.

« 3° Lorsque l'éruption se porte à la lèvre inférieure, petite, à vésicules isolées les unes « des autres, sans vigueur inflammatoire autour, la résolution de la pneumonie herpétique « sera plus lente, et répondrait plutôt à la formule *pneumonie avec herpès*, si la lenteur ou la « marche anomale d'une fièvre éruptive pouvait en altérer le principe.

« 4° L'angine ou la pneumonie herpétiques, quelque graves qu'elles soient par la con- « fluence de l'éruption, décèleront toujours leur origine par quelques vésicules égarées qui se « montreront aux lèvres. L'on doit toujours se méfier d'un diagnostic genre herpès sans « éruption aux lèvres.

« 5° Le moment de l'éruption aux lèvres doit se faire dans un laps de temps limité, pour « constituer une fièvre éruptive régulière. Trente-six heures pour un *herpès labialis* simple, « quarante-huit à cinquante heures pour une complication angineuse, quatre jours pour une « pneumonie. Plus on s'éloignera de cette limite, plus les accidents seront graves et à « redouter : ataxiques, si l'élément vésiculeux reste pur ; adynamiques, si le produit vésiculeux « est altéré.

« 6° La thérapeutique de cette fièvre éruptive est la même que celle des autres fièvres de « même essence. (Médecine expectante.)

« 7° Cependant, les complications résultant soit de l'irrégularité de la fièvre, soit de la « confluence de l'éruption à la gorge ou aux poumons, nécessiteraient des indications spé- « ciales. »

Plusieurs de ces propositions nous paraîtraient fort discutables, car elles sont un peu hasar-

dées; mais elles fixent de nouveau l'attention d'une manière saisissante sur un point de philosophie médicale peut-être un peu négligé encore.

En résumé, le travail de M. Lagout mérite toute votre attention par les recherches qu'il a nécessitées, par l'esprit éminemment généralisateur qu'il dénote, par le talent de discussion qu'il décèle.

Nous vous proposons donc de renvoyer le travail de M. Lagout au comité de publication, qui fera acte de justice en publiant ce mémoire important.

M. Lagout est ancien interne des hôpitaux de Paris, nommé en 1842; il est médecin des hospices d'Aigueperse et d'Effiat; il réunit donc toutes les conditions voulues pour solliciter le titre de membre correspondant de la Société, et nous vous proposons de l'inscrire sur la liste des candidats.

—

M. Ernest Besnier donne lecture du rapport sur les *maladies régnantes* pendant les mois d'avril, mai et juin 1873. (Voir l'Union Médicale du 29 juillet.)

Suite de la *discussion sur l'expectoration albumineuse après la thoracentèse*. — M. Hérard prononce un discours et M. Desnos communique une note sur cette question. (Voir l'Union Médicale du 22 juillet.)

M. Libermann donne lecture d'un mémoire intitulé : *Des inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans les affections chroniques des voies respiratoires.* (Sera publié.)

Le Secrétaire : Ch. Fernet.

FORMULAIRE

Lotions contre l'eczéma. — Hardy.

Bichlorure de mercure.	10 à 20 centigrammes.
Eau distillée.	100 grammes.

Faites dissoudre.

Cette solution est employée en lotions pour calmer les démangeaisons produites par l'eczéma. On administrera en même temps à l'intérieur des purgatifs souvent répétés; on prescrira des bains amidonnés et des bains de vapeur, à condition toutefois que la température de ces derniers ne dépasse pas 32 ou 33 degrés Réaumur. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 5 Août 1783.

A.-F. Montgolfier écrit à M. de la Poype, comte de Serrières, marquis de Boutavant, etc. Il lui donne des renseignements curieux sur les premiers essais des ballons, alors nommés machine *diostatique*. Cette lettre, que j'ai vue, se trouve originale dans les archives du département du Jura :

« Cette machine a été entreprise et exécutée par forme d'amusement : on construisit d'abord un cube de trois pieds de diamètre recouvert d'un léger taffetas, qui s'éleva à la hauteur d'environ soixante pieds; encouragés par ce succès, on en fit un second avec un cadre de roseaux recouvert de papier.... Celui-ci avoit neuf pieds en tous sens, et s'éleva à deux ou trois cents toises... On a fait une troisième expérience avec un globe de trente-cinq pieds de diamètre, ou cent pieds de circonférence... Ce globe contenoit vingt-trois mille pieds cubes d'air... Il est monté à la hauteur de huit à neuf cents toises..... » — A. Ch.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ DE PARIS, du 26 juillet au 1er août 1873. (Population d'après le recensement de 1873 : 1,851,792 habitants.) Rougeole, 10 décès; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 10; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 20; — pneumonie, 32; — dysenterie, 2; — choléra nostras, 4; — diarrhée cholériforme des enfants, 16; — angine couenneuse, 8; — croup, 8; — affections puerpérales, 2; — autres affections aiguës, 227; — affections chroniques (dont 113 dues à la phthisie pulmonaire), 264; — affections chirurgicales, 71; — causes accidentelles, 21. — Total des décès : 702.

Le numéro de ce jour contient un Supplément de huit pages.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On pouvait ne pas s'attendre à la solution que l'Académie a donnée, hier, à la longue discussion sur l'organisation du service de santé de l'armée; il était permis de penser, après la faveur que le rapport de la commission avait trouvée dans le sein de l'assemblée, après l'ardeur qu'on avait mise à le défendre, que les trois conclusions de ce rapport seraient adoptées à une grande majorité.

L'événement final a trompé toutes les prévisions. Une grande majorité s'est déclarée au vote contre la troisième conclusion, contre celle précisément qui demandait, comme conséquence logique de l'autonomie du service de santé de l'armée, la subordination de la pharmacie à la médecine.

La conclusion relative à cette autonomie, modifiée par une rédaction nouvelle de M. Legouest, et plus accentuée encore par une addition proposée par M. Fauvel, a été votée avec un grand ensemble, et la première conclusion, qui rejetait la fusion des deux professions, médecine et pharmacie, a été accueillie à l'unanimité.

Ainsi donc, voici comment on peut interpréter le vote de l'Académie en réponse aux trois questions que lui a adressées le ministre de la guerre :

1° L'Académie repousse la fusion des deux professions;

2° Elle demande l'autonomie sérieuse, sincère, efficace du corps de santé militaire, sous la direction d'un chef-médecin pris dans son sein, ayant toutes les attributions du service de santé;

3° Quant à la subordination de la pharmacie à la médecine, l'Académie ne croit pas avoir à se prononcer sur ce point, qui sera l'affaire de la réglementation à intervenir.

Nous croyons que telle est la véritable signification du vote de l'Académie, qui a rejeté la troisième conclusion du rapport de M. Broca relative à la subordination.

Ce mot de *subordination*, qui blessait si vivement les pharmaciens, a éveillé aussi les scrupules d'un grand nombre d'académiciens. Malgré les explications et les commentaires de M. Legouest, l'Académie a été heureuse de se rattacher à une chaleureuse protestation de M. Béhier contre l'inutilité de cette conclusion, qu'elle a repoussée à une grande majorité.

Ce vote de l'Académie est approuvable, il est de bon goût, il donne satisfaction aux justes susceptibilités du corps honorable des pharmaciens, tout en ne suscitant aucun impédiment à la réglementation ultérieure. Si, comme on l'a si souvent répété, l'autonomie du corps de santé de l'armée doit avoir comme conséquence logique la subordination de la pharmacie à la médecine, la réserve de l'Académie n'empêchera pas le résultat de se produire; mais il était inutile, il eût été malséant que l'Académie prît l'initiative d'une mesure qui, à tort ou à raison, blessait un grand nombre de ses membres.

Le moment serait mal choisi pour chercher à amoindrir ou à rabaisser la pharmacie militaire. C'est chez elle, et parmi elle, que s'entretiennent le feu sacré de la science et l'esprit de recherche. Ces précieuses conditions se perdent tous les jours dans la pharmacie civile, qui tourne de plus en plus au pur industrialisme. M. Dumas a touché ce sujet dans son discours avec beaucoup de tact et de réserve, mais d'une façon suffisante pour faire comprendre le danger. Plusieurs causes contribuent à cet abaissement de la pharmacie civile, et, comme pour mieux encourager cet abandon des études pharmaceutiques sérieuses, on a permis aux pharmaciens de 2e classe d'exercer dans le ressort des Écoles de pharmacie. Le pharmacien n'a plus besoin aujourd'hui d'être ni chimiste ni préparateur; il ne confectionne plus ses médicaments; il les achète tout faits dans les grandes pharmacies-drogueries ou chez les fabricants de médicaments dits spécialités.

Il est bien à craindre que l'exercice de la profession de pharmacien ne devienne de plus en plus commercial; l'officine d'autrefois n'existe presque plus; le laboratoire a disparu; on voit bien encore quelques pots sur les rayons, mais une

pharmacie n'est plus aujourd'hui, à part quelques exceptions, qu'une boutique de médicaments spéciaux élégamment emboîtés et étiquetés où, au moyen de l'annonce industrielle dans les journaux politiques et littéraires, tout le monde vient acheter sans prescription, sans ordonnance de médecin.

Il reste un asile à l'étude sérieuse et scientifique de la pharmacie, c'est l'École du Val-de-Grâce, d'où les élèves sortent avec un grade et une position qui, les rendant indemnes des exigences commerciales de la pharmacie civile, leur laissent le goût et le besoin de la science. Les efforts de nos Écoles supérieures de pharmacie civile sont paralysés par les besoins implacables auxquels le pharmacien civil est immédiatement obligé de satisfaire : achat d'un fonds ou d'un matériel, patente, loyer et toute la série des frais généraux et particuliers. Il n'a plus le temps ni le goût de penser à la science, il faut vivre et payer ses frais, alors que le pharmacien militaire est libre de toutes ces préoccupations.

Voilà des considérations qui, pour notre compte, ne nous ont pas rendu aussi enthousiaste que quelques-uns de nos confrères de ces idées de subordination de la pharmacie à la médecine. Nous croyons que cette subordination se fera nécessairement, fatalement, par la force des choses et le fonctionnement du service, mais qu'elle se fera librement, sans froissement d'amour-propre, et que dès lors il est parfaitement inutile de l'insérer dans des conclusions académiques qui, sans profit pour le bien général, blessaient et irritaient d'honorables collègues.

PATHOLOGIE

DE L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE CONSÉCUTIVE A LA THORACENTÈSE. ARGUMENTATION ET RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SOUTENUE A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX;

Lecture faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 25 juillet 1873 (1),

Par le docteur FÉRÉOL, médecin de la Maison municipale de santé.

OBJECTIONS PRINCIPALES. — Ces objections sont les suivantes :

1° *L'anatomie pathologique et l'étude des conditions dans lesquelles on observe les crachats albumineux sont contraires à l'hypothèse de la perforation.*

2° *En admettant la possibilité de la perforation spontanée sans pneumothorax dans les pleurésies purulentes, rien n'autorise à l'accepter dans les pleurésies séreuses.*

3° *Si une perforation spontanée se produisait à la suite de la thoracentèse, les conditions seraient les meilleures possibles pour que le pneumothorax se produisît.*

4° *Cela est encore plus inévitable si la thoracentèse est pratiquée au moyen d'appareils aspirateurs.*

Tel est le formidable quadrilatère au milieu duquel se trouve enfermée l'hypothèse de la perforation, et je sens que j'ai besoin de beaucoup d'indulgence pour qu'on me permette d'essayer de l'en faire sortir.

Commençons par la première objection, celle qui a trait à l'anatomie pathologique et à l'étude des crachats.

L'anatomie pathologique se borne à 4 cas : 2 se trouvent dans la thèse de M. Terrillon; c'étaient les seuls connus au moment où je fis ma communication. Et c'est à bon droit, je pense, que M. Besnier a pu dire qu'ils n'avaient pas établi que les malades eussent succombé à l'œdème bronchique. L'observation de M. Raifer ne contient même pas trace de cet œdème; celle de M. Terrillon dit bien que les deux lobes inférieurs présentent l'aspect d'un poumon œdématié, et qu'on trouve beaucoup de mousse écumeuse dans les bronches; mais, comme il y avait du côté non opéré des traces d'ancienne pleurésie, un poumon dur, ratatiné, entouré d'adhérences de tous côtés, avec le sommet entièrement fibreux, noir, parsemé de points crétacés, il est fort possible que ces lésions aient joué un rôle important dans la mort du malade.

Les deux autres autopsies, dont les résultats ont été apportés par M. Liouville et

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

M. Dumontpallier à la Société de biologie, sont formelles; ici, l'œdème est patent, indiscutable : les malades ont succombé à l'anhématosie par écume bronchique, comme eût dit M. Piorry; c'est une terminaison bien connue; je l'ai vue une fois dans un cas de rage, une autre dans la convalescence d'un croup et dans le cours d'une paralysie diphthéritique, et bien d'autres fois encore; il est démontré aujourd'hui que la thoracentèse y peut exposer; c'est un fait important à enregistrer. Cela rentre-t-il bien précisément dans les cas d'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse? On pourrait le contester, puisque précisément, dans ces cas, il n'y a pas d'expectoration; mais ceci nous mènerait trop loin; et peu importe, après tout; car la question n'est pas de savoir s'il y a des cas où l'expectoration albumineuse est due à l'œdème bronchique; elle est de savoir si, à côté de ces cas, il n'y en a pas d'autres qui sont susceptibles d'une autre interprétation. La preuve anatomique est encore à faire pour ceux-ci, tandis qu'elle peut être considérée comme faite pour ceux-là. C'est donc une étude à faire; mais rien ne prouve qu'il y faille renoncer.

On m'a reproché à ce sujet de m'être mis en frais d'imagination pour inventer un feutrage, une chute des épithéliums, que personne n'a jamais vus. J'ai fait, tout le premier, bon marché de ces hypothèses; d'ailleurs, *la chute des épithéliums* se trouve tout au long dans la thèse de M. Terrillon; et je ne puis m'empêcher de faire remarquer que M. Moutard-Martin, M. Hérard lui-même, qui ne veulent pas que je m'en serve pour mon hypothèse, y ont recours pour leur théorie; et pourtant il me semble qu'ils pourraient bien s'en passer, et que de simples différences de pressions leur permettraient d'expliquer le passage de l'albumine au travers des filtres naturels qui la séparent à l'état normal des vacuoles pulmonaires.

Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est ce qu'a dit M. Woillez au sujet de la difficulté de constater la fistule bronchique à l'autopsie; c'est ce que M. Barthez avait dit lui-même dans notre Société sur le même point (séance du 25 février 1851) : « Plusieurs fois on a vu l'insufflation du poumon pratiquée sous l'eau ne donner aucun résultat. Il ne se dégageait pas une seule bulle d'air; et ce n'était qu'après avoir examiné le poumon avec la plus grande attention que l'on parvenait à découvrir une petite perforation. »

Si l'épreuve de l'insufflation est insuffisante alors qu'il y a pneumothorax, c'est-à-dire alors qu'il y a présomption de perforation, ne l'est-elle pas davantage alors que la perforation est soupçonnée sans qu'il y ait pneumothorax? Dans ce cas, en effet, il se peut qu'il y ait une disposition anatomique qui s'oppose au passage de l'air, et l'insufflation ne peut donner alors aucun résultat. C'est ce qu'on ne doit pas perdre de vue dans les autopsies.

La théorie de l'œdème broncho-alvéolaire a reçu un supplément de consécration de l'étude chimique des crachats, qui a été faite depuis l'ouverture de la discussion. Il était tout simple, en effet, que l'attention une fois attirée de ce côté, on cherchât si l'albumine ne se trouvait pas dans les liquides de l'expectoration dans d'autres circonstances qu'à la suite de la thoracentèse. M. Béhier avait déjà noté dans un cas qu'un malade atteint de pleurésie avait une expectoration spumo-albumineuse avant la thoracentèse. M. Revillout publia un fait très-curieux de bronchorrhée albumineuse extrêmement abondante chez un asthmatique. Des faits plus ou moins analogues chez des asthmatiques, des tuberculeux, dans un cas d'anévrysme aortique, avec ou sans complication de pleurésie, furent publiés par M. Renou, de Saumur; par M. Louis Lande, de Bordeaux; par M. Woillez. Ce dernier, reprenant tous ces faits dans sa première communication, essaya d'établir une distinction fondée sur les différentes proportions d'albumine contenues dans les deux liquides; le liquide pleural en contiendrait toujours beaucoup plus que les liquides provenant des bronches. Mais précisément M. Lande signalait un fait dans lequel la proportion d'albumine contenue dans le liquide expectoré était double de celle qui était contenue dans le liquide pleural. Cet argument a été un de ceux qui ont le plus influencé M. Woillez dans sa détermination de renoncer à l'hypothèse de la perforation traumatique.

Sans méconnaître l'importance de cet argument, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, dans l'observation de M. Lande, comme dans celles de M. Woillez, l'analyse exacte des liquides ne me semble pas avoir été faite. M. Lande ne nous dit pas de quelle manière il s'y est pris pour apprécier que l'un des liquides était plus riche que l'autre en albumine précisément du double, et cette dernière énonciation a quelque chose d'un peu approximatif qui exclut l'idée d'une analyse chimique exacte. C'est, du reste, une chose fort délicate et difficile que le dosage de l'albumine dans les liquides organiques; je n'en veux pour témoin que le savant mémoire publié sur ce sujet dans les *Archives* de 1869, par M. le docteur Méhu, pharmacien de l'hôpital Necker; j'y trouve, notamment, ce passage : « C'est bien à tort que quelques personnes ont essayé d'apprécier la quantité d'albumine d'un liquide en le chauffant dans un tube à essai, et considérant la hauteur du coagulum, son état floconneux ou grenu. Avec la même quantité d'albumine pure ajoutée à des liquides salins ou à de l'urine de diverses densités, on obtient des résultats extrêmement différents. La nature des sels en dissolution, le temps qui s'est écoulé entre la miction de l'urine ou l'extraction des liquides séreux, et l'opération chimique, exercent une influence marquée sur les résultats. Ce moyen est des plus imparfaits et ne saurait conduire au but. »

Il ne faut donc pas trop se hâter; et là encore la question est à l'étude.

J'ai fait de mon côté, avec l'aide de mon interne en pharmacie, M. Leprince, que je suis heureux de pouvoir remercier ici, l'essai de quelques expectorations qui me paraissaient, par leur aspect, pouvoir être suspectées; quelquefois nous n'avons rien trouvé, entre autres chez un albuminurique; et cela n'a rien d'étonnant, car, de ce que le filtre rénal laisse passer l'albumine, il ne s'ensuit pas le moins du monde que le filtre pulmonaire doive se comporter de même. D'autres fois nous avons trouvé des traces d'albumine. Trois fois nous en avons trouvé des quantités fortes et mesurables. Une fois, c'était chez un vieillard de 82 ans atteint de bronchite chronique avec dilatations; la proportion d'albumine était de 1/1,000; deux autres fois, c'était chez des tuberculeux; l'expectoration était constituée par un liquide transparent, visqueux, filant, très-abondant, dans lequel étaient suspendus quelques crachats grisâtres, pelotonnés, peu abondants. Chez un de ces malades, la proportion d'albumine était de 3/1,000; chez l'autre, un premier examen a donné 3,15/100; un second, 2,50/100; dans ce dernier cas, le liquide filtré et débarrassé de *mucosine* (et non de *mucine*), donnait par l'acide nitrique un trouble absolument comparable à celui que l'on constate dans une albuminurie des plus prononcées.

Il est donc bien démontré, dès maintenant, que l'expectoration albumineuse, loin d'être un phénomène rare, se rencontre au contraire dans une foule de cas, et que, même en dehors de la pleurésie, la proportion d'albumine contenue dans des crachats d'origine broncho-alvéolaire peut être considérable.

C'est là un résultat important, non-seulement par la confirmation nouvelle qu'il apporte à la théorie de l'œdème broncho-alvéolaire consécutif à la thoracentèse, mais aussi à cause des horizons nouveaux qu'il ouvre sur la séméiologie chimique des crachats, encore si peu connue. Et nous pouvons espérer que notre discussion deviendra ainsi le point de départ d'une étude nouvelle qui ne sera sans doute point stérile.

Quant à mon hypothèse de la perforation spontanée, j'avoue qu'elle reçoit ici un échec sérieux; et pourtant je répéterai encore : De ce que la théorie contraire est établie et indiscutable, s'ensuit-il nécessairement qu'il n'y ait pas une certaine catégorie de cas où la perforation puisse se faire?

J'arrive actuellement à la seconde des objections principales qui m'ont été adressées.

La perforation spontanée sans pneumothorax est admise dans les pleurésies purulentes par MM. Moutard-Martin, Hérard, Woillez, Brouardel; M. Dujardin-Beaumetz paraît fort tenté de la contester, et cite des noms qui font autorité pour appuyer son sentiment. Il en pourrait citer bien d'autres. Cependant le fait est admis, on

peut le dire, généralement. La thèse de Saussier a beau remonter à 1841, elle est toujours vraie. M. Moutard-Martin, à ce propos, a dit un mot en faveur de la théorie du clapet, à laquelle il semble m'accuser d'avoir manqué de respect. Qu'il me permette de dire à nouveau que cette théorie ne repose en réalité sur aucun fait. On cite toujours l'excellente thèse de M. Oulmont; et, en effet, on trouve bien dans la deuxième observation de cette thèse, devenue presque classique, la description parfaite, photographique, d'une valvule très-curieuse siégeant à l'orifice pleural d'une fistule bronchique; mais on semble n'avoir pas remarqué que dans l'observation il y a un pneumothorax; en sorte que ce n'est pas la pénétration de l'air dans la plèvre qui est gênée par la soupape, c'est celle du pus dans les bronches. C'est là, du reste, si on veut y réfléchir, le seul effet possible d'une valvule située à l'orifice pleural d'une fistule bronchique. Pour qu'une valvule fût capable de s'opposer à l'entrée de l'air dans la plèvre, ce ne serait pas à son orifice pleural qu'il faudrait la chercher, ce serait à son orifice bronchique. Ce point a été parfaitement compris par M. Maurice Perrin dans le travail qu'il a lu à la Société de chirurgie (*Bulletins* de 1859 et 1860) *sur les fistules broncho-costales*. « Par suite d'une certaine disposition organique de l'*orifice interne* de la fistule, ou de son trajet, dit M. Perrin dans sa quatrième conclusion, le signe pathognomonique de la fistule pulmonaire cutanée, c'est-à-dire la sortie appréciable de l'air pendant l'expiration, peut manquer. »

L'existence de cette valvule à l'orifice bronchique de la fistule n'est pas impossible, sans doute; mais le fait n'a jamais été signalé que je sache; il y a donc toute probabilité que ce serait en tout cas une rareté pathologique; or, la fréquence relative de l'évacuation par les bronches, sans pneumothorax, du pus de la plèvre, surtout chez les enfants, doit faire écarter la théorie du clapet et préférer l'explication proposée par M. Barthez, explication que j'ai reproduite en la complétant et la généralisant. Je crois que la distinction que j'ai cherché à établir à ce propos entre la fistule pleuro-bronchique et la fistule broncho-pleurale est naturelle et fondée; la première n'aurait tout d'abord, et normalement, point de tendance à se compliquer de pneumothorax; la seconde, au contraire, surprenant l'appareil pulmonaire dans l'intégrité de sa fonction, serait dès sa formation, et presque fatalement, compliquée de l'entrée de l'air dans la plèvre.

M. Brouardel admet ce mécanisme, à trois conditions : 1° que la pleurésie date de vingt-cinq à trente jours; 2° qu'elle soit enkystée dans des fausses membranes à la rétraction desquelles il fait jouer un grand rôle dans l'évacuation du pus; 3° qu'il n'y ait qu'une seule ouverture au kyste pleural.

Je ne contredis pas à la première de ces conditions pour l'évacuation spontanée; mais il est évident que quand cette évacuation se produit, ce n'est pas du jour au lendemain que la perforation se fait. Quand commence le travail préparatoire? C'est ce que nous ignorons; la thoracentèse survenant sur ces entrefaites peut hâter cette perforation.

Quant au rôle des fausses membranes, j'y applaudis de grand cœur, et crois qu'elles peuvent, en effet, aider aux autres forces évacuantes; mais je ne crois pas nécessaire, pour cela, qu'elles enkystent complétement le liquide pleural; et la tendance des viscères déplacés à revenir à leur première position, ainsi que l'élasticité des côtes, constituent des forces élastiques d'une certaine puissance qui, même en l'absence de fausses membranes, et surtout de fausses membranes enkystantes, me paraissent capables de procurer l'évacuation du liquide dans une certaine mesure.

La dernière condition de M. Brouardel a trait plus particulièrement à la thoracentèse; elle rentre donc dans la troisième objection que je rencontrerai tout à l'heure.

Ainsi, on peut dire que la perforation spontanée sans pneumothorax, dans les pleurésies purulentes, sortira de ce débat avec des droits reconnus à l'existence.

Il n'en est pas de même pour les pleurésies séreuses; ici la perforation spontanée est niée unanimement. C'est la *dent d'or*, dit spirituellement M. Hérard; si c'est

la *dent d'or*, il est bien évident que je n'ai pas la prétention de l'avoir vue. Mais voyons les faits que j'ai apportés :

Il y a d'abord l'observation de M. Durosiez.

M. Dujardin-Beaumetz la récuse, sous prétexte que le malade, après avoir eu cette expectoration singulière dont il remplissait des saladiers, sans que l'on constatât de pneumothorax, a eu plus tard de l'air dans la plèvre, et cela suffit, dit-il, pour infirmer toute l'observation. C'est là une fin de non-recevoir que je n'admets pas; il me suffira de renvoyer M. Beaumetz à l'observation de M. Durosiez, qui a été publiée *in extenso* dans la *Gazette des hôpitaux* du 21 janvier 1870, pour le convaincre que sa justice sommaire ressemble fort à une injustice. Il verra dans cette observation que la succession des phénomènes est fort nette : c'est vers le 13 août que l'on place le début de la pleurésie; c'est le 21 septembre, cinq semaines plus tard, que débute subitement l'expectoration de liquide séreux qui semble une évacuation spontanée par les bronches du liquide pleural; on cherche alors, et on ne trouve aucun signe de pneumothorax. Après une amélioration passagère, l'épanchement se reproduit. Première ponction le 2 octobre; on ne constate pas encore de pneumothorax; mais le liquide est déjà, à la fin de l'évacuation, un peu purulent. Deuxième ponction le 5 octobre; liquide purulent; *lavage de la plèvre à l'eau iodée*, etc... A partir de ce moment, j'abandonne l'observation; l'air peut être entré dans la plèvre, et il n'y a plus nul argument à tirer de sa présence; l'important est que, jusqu'à ce moment, on ait cherché, sans les trouver, les signes du pneumothorax.

J'arrive à mon observation personnelle, celle du malade qui crachait un liquide chocolat absolument identique à celui qui a été fourni par la thoracentèse. J'ai eu tort, je le confesse, de dire qu'il n'y avait qu'une interprétation possible de ce fait; pour moi, il y en avait deux. M. Dujardin-Beaumetz en ajoute une troisième à laquelle je n'avais pas pensé, non plus que les nombreux médecins qui ont examiné ce malade; car je me serais bien gardé de ne pas montrer un cas si curieux à mes collègues et amis les docteurs Cadet de Gassicourt et Maurice Raynaud, dont les deux services étaient voisins du mien à l'hôpital Saint-Antoine. Je crois que M. le docteur Lancereaux a examiné aussi le malade de son côté, et qu'il penchait pour un cancer de la plèvre; tous les internes et externes de l'hôpital l'ont vu; quelques-uns ont tenu pour la fistule hépato-bronchique; mais, presque tous, nous nous sommes prononcés pour la fistule pleuro-bronchique; et il n'est venu à l'idée de personne qu'il pût y avoir à la fois fistule hépato-pleurale et fistule hépato-bronchique. Je n'en veux rien dire de plus ici; discuter ce point serait fastidieux. J'ai donné *in extenso*, et sans y ajouter un mot, l'observation qui a été prise par M. Vincendon, externe du service; ceux que ce petit problème de diagnostic intéressera pourront l'examiner à loisir.

J'entends M. Hérard m'objecter que les crachats pouvaient être le résultat d'une congestion pulmonaire qui s'expliquait par l'état du foie chez le malade. Si cette interprétation a pu se présenter à l'esprit de M. Hérard à la lecture de mon observation, je doute qu'il l'eût adoptée en présence du malade : il y avait non-seulement analogie, mais identité complète d'aspect entre le liquide expectoré et le liquide évacué par le trocart. Il me semble, du reste, que s'il y avait eu chez ce malade une congestion assez intense pour amener une pareille expectoration (250 gr. par jour), il y aurait eu de la fièvre, et, en outre, la thoracentèse eût eu grande chance de provoquer chez lui un supplément de congestion et peut-être un molimen hémorrhagique, comme il en a été observé par M. Moutard-Martin.

J'ai encore cité un cas dans lequel je me suis demandé si le malade n'avait pas évacué en partie sa pleurésie par les bronches. Le fait est douteux; je n'en dirai rien de plus.

Enfin, au cours de la discussion, M. Dujardin-Beaumetz a produit l'observation très-intéressante d'une malade qui, avec un hydropneumothorax manifeste, rendait une expectoration albumineuse. Dans un premier examen, la proportion d'albumine était assez considérable (0,24 pour 64 grammes de crachats); puis elle a été beau-

coup moins abondante. La malade est-elle tuberculeuse? Les signes physiques de la tuberculose sont obscurs; l'état général est excellent, l'embonpoint conservé; il n'y a aucun signe de purulence; seulement la malade a eu de fréquentes hémoptysies. Le fait est fort curieux, à coup sûr; mais il est d'interprétation difficile, et on s'est généralement refusé à y voir une évacuation par les bronches du contenu de la plèvre.

Somme toute, c'est à l'observation ultérieure qu'il faut s'en référer pour décider si les faits qui précèdent ont une valeur au point de vue de la perforation spontanée dans les pleurésies séreuses.

Passons à la troisième objection.

BIBLIOTHÈQUE

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE FAITES A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE;

Par S. Jaccoud. — 1873.

Parmi les remarquables leçons de clinique médicale qui viennent d'être publiées par M. S. Jaccoud, on doit en signaler quelques-unes qui offrent un intérêt tout particulier. Nous analyserons donc avec quelques développements les leçons sur la diathèse lymphogène, sur l'aphasie et surtout sur la phthisie pulmonaire, et nous nous bornerons seulement à indiquer les noms des affections dont l'auteur a tracé la description.

Diathèse lymphogène. — L'hyperplasie spontanée et diffuse des ganglions lymphatiques coïncide toujours avec une altération du sang qui, le plus souvent, est constituée par une diminution des globules rouges avec une augmentation des globules blancs, et d'autres fois par une diminution des hématies, avec conservation de la quantité normale des globules blancs. Les premiers cas ont été désignés sous les noms de *leucocythémie* ou *leucémie*; les seconds, sous ceux d'*anémie lymphatique*, de *pseudoleucémie*, d'*adénie*. M. Jaccoud démontre que, dans ces deux formes, qui ont été, à tort jusqu'ici, considérées comme deux maladies distinctes, il existe une identité parfaite au point de vue de la symptomatologie, de l'anatomie pathologique, des terminaisons. Les phénomènes du début, tardifs ou prompts, sont les mêmes dans les deux cas; les symptômes qui leur font suite sont également provoqués par la même cause, à savoir : par la compression des tumeurs, qui détermine des accidents divers suivant leur localisation (dyspnée, altération de la voix, troubles gastro-intestinaux, hydropisies d'origine mécanique). Les hydropisies dyscrasiques ou cachectiques font défaut, parce qu'il n'existe pas cette dyscrasie qu'on peut appeler *hydropigène*, et qui est constituée à la fois par l'augmentation de l'eau et la diminution de l'albumine. — Les hémorrhagies par les diverses voies, les éruptions cutanées (formes papuleuse, pemphigoïde, furonculeuse), se montrent dans la pseudo-leucémie comme dans la leucémie. Les stomatites et les pharyngites, dont Mosler, en 1868, a signalé l'existence au début comme au cours de la leucémie, ont été aussi retrouvées, dans l'anémie lymphatique, par Meyer, Bohn et Eberth. Dans les deux cas, la dyspnée, l'affaiblissement et l'amaigrissement sont imputables à la diminution des hématies. Le mouvement fébrile, intermittent ou rémittent, phénomène tardif de la leucocythémie, qui le plus souvent dépasse seulement de quelques dixièmes le maximum des oscillations physiologiques et qui atteint quelquefois les degrés extrêmes de 40° à 40,5 ou même 41, ne peut être attribué à l'état leucémique du sang, mais bien plutôt au processus irritatif qui siége dans le système lymphatique. Aussi, est-ce un symptôme commun à la pseudo-leucémie. Enfin, dans les deux cas, la terminaison et les modes de terminaison sont identiques, que la mort survienne par cachexie, hémorrhagies répétées, asphyxie, par des accidents cérébraux (hydrocéphalie, hémorrhagies), par des inflammations ultimes (pleurésie, péritonite).

L'anatomie pathologique démontre l'identité de nature de la leucémie et de la pseudo-leucémie. Sans doute, dans les cas types de la première forme, la lésion glandulaire est constituée par la prolifération ou l'hyperplasie des éléments cellulaires ou lymphoïdes contenus dans le ganglion, l'enveloppe et le réseau conjonctif intérieur restant intacts (lymphomes ou lymphadénomes); et, dans les cas types de la deuxième forme, l'hyperplasie ne porte pas seulement sur l'élément lymphatique du ganglion, mais aussi sur la coque et le stroma conjonctif, ce qui augmente singulièrement la consistance de la tumeur (lymphosarcome). Mais il faut tenir compte des formes intermédiaires qui conduisent insensiblement de l'une à l'autre et se rappeler que souvent, dans la leucocythémie, par exemple, la lésion ganglionnaire est constituée par de véritables lymphosarcomes. Enfin, dernière analogie anatomique, il se forme dans les deux

cas des productions lymphoïdes, *hétérotopiques* (néoplasmes leucémiques) dans des organes qui ne contiennent pas de ganglions lymphatiques.

M. Jaccoud est amené par cette étude à regarder la leucocythémie comme un fait contingent et accessoire, comme un épiphénomène qui ne modifie ni les caractères cliniques ou anatomiques, ni la marche, ni les terminaisons de l'affection. Il pense que l'on doit chercher la désignation nosologique de l'affection dans le développement des tumeurs glandulaires et des produits similaires hétérotopiques qui, à eux seuls, créent la maladie et en constituent le principal danger. Aussi, pour éviter à l'avenir de nouvelles confusions, propose-t-il avec raison une nouvelle dénomination, celle de *diathèse lymphogène* avec ou sans leucocythémie.

Mais pourquoi la leucémie, présente dans un cas, est-elle absente dans l'autre ? Est-ce à cause d'une transformation incomplète des leucocytes en hématies, ou parce que dans la leucémie la moelle des os est altérée et qu'elle ne l'est pas dans la pseudo-leucémie ? Car on sait, depuis les travaux de Bizzozero et de Neumann, que la moelle osseuse appartient à la classe des organes hématopoiétiques, et que l'altération de ce tissu peut être le point de départ de la dyscrasie leucémique du sang (*leucémie myélogène* de Neumann) ; ou enfin, est-ce parce que, dans les lymphomes, les voies de la circulation lymphatique sont libres, tandis que, dans les lymphosarcomes, où l'enveloppe et la gangue conjonctives des ganglions sont épaissies et comme sclérosées, les globules blancs ne peuvent pénétrer dans le sang à travers les vaisseaux efférents devenus imperméables ? On peut faire l'une de ces trois suppositions.

La généralisation des tumeurs se fait spontanément, sans cause connue ; quelquefois, cependant, elle procède d'une irritation ganglionnaire, et l'on cite des cas où des gingivites et des caries dentaires, des angines et des amygdalites répétées, après avoir entretenu un gonflement permanent des ganglions, ont été l'occasion et l'origine des manifestations diathésiques.

La thérapeutique a fait appel à quatre médications : l'iodure de potassium et les applications topiques de teinture d'iode, l'huile de foie de morue et le régime tonique, les mercuriaux et les arsenicaux.

APHASIE OU ALALIE. — Le professeur, reproduisant en grande partie les recherches dont il a fait mention dans la *Gazette hebdomadaire* en 1864 (*De l'alalie et de ses diverses formes*), admet cinq sortes d'alalies, après avoir étudié la succession des actes nécessaires à l'intégrité de la parole. Pour parler, dit-il, « il faut : 1° une pensée ; 2° la traduction, le revêtement de cette pensée par les formules verbales, c'est là ce que j'appelle l'*idéation verbale* ; 3° la transmission des incitations verbales à l'appareil moteur, qui en accomplit la projection extrinsèque ; 4° la coordination harmonique des mouvements complexes nécessaires pour cette projection ; 5° l'exécution de ces mouvements par les agents périphériques. Ces cinq actes successifs peuvent être ramenés à trois opérations fondamentales, l'une de *formation*, la seconde de *transmission*, la troisième d'*expression*. » Aussi, M. Jaccoud range-t-il sous ces trois chefs, dans le tableau suivant, les cinq espèces d'aphasie qu'il admet :

I. Désordre de la formation ou idéation verbale : *Hébétude, amnésie verbale.*
II. Désordre de la transmission volontaire : *Logoplégie.*
III. Désordre de l'expression : *Glossoataxie, glossoplégie.*

Cette classification a la sanction de l'anatomie pathologique, puisqu'à chaque forme clinique correspond une forme anatomique. Cependant, l'aphasie par *glossoplégie* n'a pas de siége anatomique précis, la cause de la paralysie de l'hypoglosse qui la produit pouvant siéger sur le trajet du nerf ou à ses origines bulbaires, ou encore sur le faisceau central qui unit ces origines à la couche corticale de l'hémisphère du côté opposé. Dans la *glossoataxie*, M. Jaccoud, s'appuyant sur les recherches de Schroeder van der Kolk, qui avait attribué au système olivaire l'influence régulatrice de l'articulation des sons, place les lésions dans les olives et les pédoncules cérébelleux moyens, c'est-à-dire dans le système commissural cérébello-bulbaire. — Dans l'aphasie par *logoplégie*, les lésions n'ont pas une localisation unique, comme le croyait M. Broca, qui assignait à la troisième circonvolution gauche la faculté du langage articulé ; elles peuvent occuper, d'une part, les hémisphères cérébraux dans leur portion postérieure, moyenne et antérieure ; d'autre part, le corps strié, le lobule de l'insula et la troisième circonvolution frontale à son origine. Si l'alalie est le résultat des lésions opto-striées, c'est qu'elles occupent les communications fonctionnelles qui relient entre eux l'appareil de l'idéation constitué par les hémisphères et l'appareil de l'exécution constitué par l'axe spinal. Or, ces communications se font dans une région limitée, au moyen d'un appareil de conjonction, comme l'appelle l'auteur, et qui est composé du corps strié, de l'insula de Reil et de son rayonnement vers l'hémisphère par les circonvolutions. D'un autre côté, si la lésion siége le plus souvent à gauche, ce qui est vrai, c'est que le plus souvent elle est due à un ramollissement par embolie des artères sylviennes, et que l'embolie sylvienne est beaucoup plus fréquente à gauche qu'à droite, comme on l'a prouvé par l'observation, et comme on l'a

expliqué par les rapports et le mode d'origine des grosses artères nées de la crosse aortique. Il résulte donc de ces données que si une lésion unilatérale suffit pour troubler la fonction du langage articulé, c'est parce que cette altération unique détruit la synergie des deux moitiés de l'appareil, et non parce qu'une région isolée de l'encéphale est le centre physiologique d'une fonction bilatérale. On ne peut assigner de localisation bien déterminée à l'aphasie par *hébétude* et à l'aphasie par *amnésie verbale*, parce qu'on ne connaît pas au juste la région où s'élaborent l'idéation et la traduction verbale de l'idée ; tout ce que l'on sait, c'est que ces opérations se passent dans la couche corticale des hémisphères cérébraux.

M. Jaccoud termine sa leçon en opposant à l'aphasie de cause matérielle ou organique l'aphasie par trouble fonctionnel. Cette forme, toujours passagère, a été observée, à la suite d'émotions morales vives, dans l'hystérie et les névroses convulsives, dans l'encéphalopathie saturnine, après les fièvres éruptives et typhiques.

SUR DEUX CAS D'HÉMIPLÉGIE. — M. Jaccoud rapporte l'histoire de deux hémiplégies différant par la marche, la cause et la terminaison. La première, due à une hémorrhagie cérébrale et présentant les signes d'une dégénérescence secondaire de la moelle, est irrémédiable ; dans la seconde observation fort intéressante où la guérison peut être obtenue, il s'agit d'un cas de syphilis cérébrale.

CHORÉE. SPASMES RHYTHMIQUES. — Parmi les méthodes de traitement appliquées à la chorée, il faut citer les pulvérisations d'éther sur la région vertébrale (Lubelski), l'emploi du bromure de potassium (Gubler), du chloral à la dose de 1 à 2 gr. (Frerichs), de l'arséniate de soude, du chlorure de calcium à la dose de 0,50 cent. à 1 gr. (Rodolfi), du sulfate d'aniline à la dose de 0,15 à 0,50 cent. (Turnbull), de la fève de Calabar à la dose de 1 à 2 gr., d'une teinture faite avec 4 gr. de fève et 30 gr. d'alcool rectifié (Ogle, Harley, Mac-Laurin), du courant constant pratiqué sur la région vertébrale (Remak, Benedikt). Pour juger, du reste, de l'efficacité d'un traitement de la chorée, il faut se rappeler que cette maladie, abandonnée à elle-même, guérit ordinairement entre 50 et 70 jours.

Dans les pages suivantes, M. Jaccoud passe en revue les différentes théories qui ont été émises touchant la nature et la pathogénie de la chorée (théorie du rhumatisme, des lésions cardiaques, de l'embolisme capillaire). Cette dernière théorie, qui tend à localiser dans les couches opto-striées le siége de la chorée et à expliquer les attaques choréiques par des embolies capillaires, nous paraît bien difficile à soutenir.

(*A suivre.*) Henri HUCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 août 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1872 dans le département de la Haute-Vienne, ainsi que les rapports des médecins des épidémies. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend une lettre d'une sage-femme de Tonnay-Boutonne (Charente-Inférieure), relative à un cas rare de grossesse extra-utérine. (Com. M. Hervieux.)

—

M. FAUVEL présente, de la part de M. le docteur Seux (de Marseille), une brochure relative à l'étiologie du choléra. Les conclusions de ce travail sont contraires à celles que M. le docteur Tholozan a indiquées dans la communication dont il a donné lecture à l'Académie.

M. LARREY offre en hommage, de la part de M. le docteur Tholozan : 1° un exemplaire de la communication faite à l'Académie sous le titre de : *Considérations générales sur les points d'origine des grandes épidémies cholériques* ; — 2° une note intitulée : *Du développement de la peste dans les pays montagneux et sur les hauts plateaux de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie.*

M. BRIQUET dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Dagonet, médecin de l'asile Sainte-Anne, une brochure intitulée : *De l'alcoolisme au point de vue de l'aliénation mentale.*

—

M. POGGIALE demande une rectification au *Bulletin*.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la réorganisation du service de santé de l'armée.

M. LE PRÉSIDENT rappelle que, dans la dernière séance, l'Académie a voté la clôture de la

discussion générale et décidé que l'on passerait aujourd'hui immédiatement à la discussion des articles. Il donne successivement lecture des conclusions du rapport de la commission.

Première conclusion : Le système de la fusion de la médecine et de la pharmacie militaires doit être rejeté comme préjudiciable aux intérêts de l'armée.

Cette conclusion, mise aux voix, est adoptée après quelques courtes observations de MM. Bouillaud, Chauffard et Larrey.

Deuxième conclusion : L'organisation actuelle du service de santé militaire ne répond pas aux besoins et aux intérêts de l'armée ; il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un chef compétent pris dans son sein.

M. Legouest propose de substituer aux mots « compétent pris dans son sein » les mots : *pris dans son sein, et appartenant à la profession médicale.*

M. Poggiale propose l'amendement suivant : « Il est nécessaire, dans l'intérêt du service, que les deux sections du corps de santé militaire continuent à être indépendantes l'une de l'autre. »

Cet amendement, mis aux voix, est rejeté.

La discussion est ouverte sur l'amendement proposé par M. Legouest.

M. Fauvel propose l'addition suivante à l'amendement de M. Legouest : *Il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un médecin et ait toutes les attributions qui relèvent de ce service.*

L'auteur fait valoir à l'appui de sa proposition la nécessité de bien délimiter et de bien définir les attributions du service placé sous la direction du médecin. Il craint que, sans cette délimitation, la direction médicale ne soit plus nominale qu'effective, et que cette direction, ainsi que cela a eu lieu pendant que Michel Lévy était directeur du service de santé, ne reste en réalité dans les mains de l'intendance.

MM. Larrey et Legouest combattent l'amendement de M. Fauvel, dans la crainte que la délimitation trop précise des attributions du service de santé n'entraîne des interprétations et des conflits avec l'intendance.

M. Giraldès, au contraire, défend la proposition de M. Fauvel. Tant que, dans l'armée anglaise, les attributions du directeur de service n'ont pas été bien définies, bien délimitées dans tous leurs détails, des conflits avec l'administration éclataient en toute occasion, au grand préjudice des intérêts de l'armée ; ces conflits ont cessé depuis qu'une décision du conseil royal a exactement défini quelles sont les attributions du service de santé militaire.

M. Larrey pense que les amendements de MM. Legouest et Fauvel pourraient être fondus ensemble au moyen de la rédaction suivante de la deuxième conclusion :

« L'organisation actuelle du service de santé militaire ne répond pas aux besoins et aux intérêts de l'armée ; il est nécessaire que ce service soit placé sous la direction d'un *médecin* (amendement Legouest) *ayant dans ses attributions tout ce qui concerne le service de santé* (amendement Fauvel). »

MM. Legouest et Fauvel adoptent cette rédaction.

La deuxième conclusion du rapport de la commission, ainsi amendée par MM. Legouest, Fauvel et Larrey, est mise aux voix et adoptée.

Troisième conclusion : L'autonomie du service de santé entraîne, comme conséquence logique, la subordination de la pharmacie militaire à la médecine.

Divers amendements ont été proposés.

L'un, de M. Gaultier de Claubry, est ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens et pharmaciens militaires sont pourvus de titres équivalents et ont droit aux mêmes prérogatives ; la subordination dans le service consiste seulement dans l'application des principes et des dispositions des lois des 11 floréal an X et 21 germinal an XI. » Cet amendement n'est pas appuyé.

Il en est de même d'un autre amendement de M. Devergie, dont voici le texte : « L'autonomie du service de santé *militaire* entraîne comme conséquence logique la subordination de la pharmacie et des *autres branches du service de santé* à la médecine dans l'armée. »

Une discussion très-vive et confuse s'engage sur l'adoption ou le rejet de la troisième conclusion du rapport de la commission : MM. Hérard, Wurtz, Béhier, Fauvel, Giraldès, Delpech la considèrent comme inutile et en demandent le rejet, à cause du mot *subordination* qu'ils jugent blessant pour les pharmaciens militaires ; l'autonomie du service de santé étant acquise et la direction étant donnée au médecin par droit d'adoption de l'article précédent, il est bien inutile, puisque la subordination des pharmaciens est la conséquence logique de cette adoption, de maintenir le mot, ayant la chose, et d'en faire l'objet d'un article spécial.

MM. Chauffard, Larrey, Legouest, Verneuil, demandent avec énergie le maintien de la

troisième conclusion dans tous ses termes. Ils ne comprennent pas que, si l'on accorde la chose, on se montre si difficile sur le mot. Ce mot n'a rien de blessant pour les pharmaciens. La subordination est le principe de toute l'organisation militaire. Il ne s'agit pas, d'ailleurs, d'une subordination scientifique, mais purement militaire et hiérarchique. D'ailleurs, M. le ministre de la guerre consulte l'Académie sur ce point ; c'est lui qui a écrit le mot *subordination*, et il importe qu'il lui soit répondu dans les mêmes termes. Enfin, si la subordination des pharmaciens n'est pas écrite explicitement dans un article spécial, il est à craindre que les pharmaciens ne se prévalent de cette omission et qu'il en résulte précisément les conflits que l'on prétend éviter. La suppression de cet article détruit toute l'économie du projet de loi et met en péril l'autonomie, que l'on a reconnue nécessaire.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la troisième conclusion du rapport de la commission. Cette conclusion est rejetée.

A quatre heures et demie l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Woillez sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

JOURNAL DES JOURNAUX

Nouvelles recherches sur la triméthylamine et sur son usage thérapeutique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par M. DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin des hôpitaux. — Le docteur Dujardin-Beaumetz relate 16 observations prises dans divers services hospitaliers, où l'administration de la triméthylamine dans le rhumatisme articulaire aigu fut suivie des meilleurs résultats. La dose a été, en moyenne, de 1 gr. à 1 gr. 50. M. Martineau a atteint la dose de 2 gr. 75 ; dans ce cas, ce médicament produit une irritation très-vive, une sensation de sécheresse très-accusée dans l'arrière-gorge et l'estomac; quelquefois il détermine de la diarrhée. L'odeur de la triméthylamine est assez bien masquée par les préparations de menthe que l'on ajoute dans une potion ainsi composée :

Eau de gomme.	80	grammes.
Eau de menthe.	20	—
Triméthylamine	0,50 à 1	—
Sirop simple.	30	—

Aussitôt après l'administration du médicament, le premier effet observé dans le rhumatisme est la diminution des douleurs.

Le second phénomène observé est la diminution du pouls et de la température, ce qui fait placer, par M. Bucquoy, la triméthylamine comme antifébrile à côté du sulfate de quinine.

Les jointures, en même temps qu'elles deviennent moins douloureuses, sont moins gonflées, moins distendues par les liquides intra-articulaires.

La quantité des urines et des sueurs est variable; tantôt elle est augmentée notablement, tantôt elle ne subit aucune modification.

On a noté aussi une augmentation très-accusée de l'appétit ; ce fait est signalé dans un assez grand nombre d'observations.

Les cas dans lesquels la triméthylamine doit être employée avec le plus de chances de succès sont d'abord le rhumatisme articulaire aigu, généralisé, puis le rhumatisme articulaire subaigu. Elle est à peu près sans action sur les rhumatismes chroniques ou noueux. Enfin, les complications qui peuvent survenir dans le cours du rhumatisme du côté du cœur, des poumons et de l'encéphale ne contre-indiquent nullement son emploi.

Étudiant ensuite l'action physiologique du médicament, le docteur Dujardin-Beaumetz établit que, si l'introduction sous la peau d'un lapin de 5 grammes de propylamine peut déterminer la mort de cet animal, ce n'est pas par l'action toxique du médicament, mais plutôt en produisant des désordres graves dus à l'action caustique des solutions employées.

Pour le professeur Guibert (de Bruxelles), pour Fargier-Lagrange, Namias (de Venise), et l'auteur de ce mémoire, la triméthylamine a une action dépressive des plus manifestes sur le pouls. C'est ainsi que, dans l'observation, nous voyons, sous l'influence de 2 grammes, le pouls tomber de 110 à 48 pulsations. Les tracés sphygmographiques démontrent aussi que le pouls perd de sa force, et les tracés thermométriques établissent la diminution de la température. De plus, les recherches faites par plusieurs auteurs ont établi que le chiffre de l'urée diminue d'une façon notable, surtout dans les premiers jours de l'administration du médicament, et lorsqu'on en augmente brusquement la dose. Ainsi donc, la diminution du nombre des pulsations, de l'intensité du pouls, de la température, du chiffre de l'urée, sont des caractères qui doivent faire classer la triméthylamine dans le groupe des médicaments antifébriles.

Elle agit encore comme irritant sur la peau et comme caustique sur les muqueuses. (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, nos 13, 15 et 16; 1873.)

Pour notre part, nous devons faire, au sujet de l'action de cette substance, quelques réserves. On est souvent pris d'un engouement facile pour un médicament nouveau ou pour un médicament déjà employé depuis quelque temps, comme celui-ci, et qu'on a tiré de l'oubli; mais, à côté des succès tant vantés, il est bon, il est juste d'enregistrer aussi les insuccès. Pour nous, nous n'avons eu l'occasion de l'appliquer que deux fois encore, et nous devons dire que le résultat n'a point répondu à notre attente. Les douleurs ont été calmées tout à fait au début, mais à une période, ce qu'il faut bien savoir, où elles éprouvent toujours naturellement une certaine rémission; la fièvre, le pouls n'ont point baissé, et nous continuons à penser que le sulfate de quinine aurait mieux réussi. Mais nous avons encore besoin de recherches nouvelles, du contrôle d'un grand nombre d'observations, pour assurer d'une façon nette et précise l'action d'un médicament autour duquel il nous semble que trop de bruit a été déjà fait.

Henri HUCHARD.

Abcès calculeux du rein; ouverture, guérison, par M. ANNANDALE. — Il s'agit d'un fermier de 63 ans qui, à la suite de troubles rénaux et gastriques, présenta du gonflement avec douleur à la pression du rein droit. La fluctuation fut ensuite sensible à travers les parois abdominales et une incision exploratrice fut faite dans la direction employée pour la ligature de l'iliaque commune. Refoulant de côté le péritoine et les intestins, le muscle psoas fut atteint avec le doigt et un abcès perçu à son bord interne. Il fut ouvert et, dans sa cavité, un calcul gros comme une petite fève fut perçu, saisi et extrait avec la pince.

Un écoulement de matière féculente épaisse, puis fécaloïde s'ensuivit et dura neuf jours, après quoi l'opéré guérit parfaitement. (*Edimb. med. Journal.*)

Quoique la précision manque dans cette observation sur le mode d'évacuation du pus et la provenance des matières fécales, elle n'en est pas moins remarquable, surtout mise en regard des néphrotomies pratiquées et qui ont eu une issue funeste, à une seule exception près. P. G.

FORMULAIRE

POUDRE CONTRE LE GOITRE. — FABRE.

Iodure de potassium pulvérisé.	2 grammes.
Poudre de réglisse	10 —

Mêlez. — On fait des frictions sur la langue avec cette poudre, pour combattre le goitre. On aura soin de ne pas prolonger indéfiniment la médication, et de ne pas élever trop haut les doses, sous peine de voir des accidents fébriles se déclarer et le goitre durcir et devenir douloureux. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 7 AOUT 1844.

Un savant à jamais illustre, le fondateur glorieux de l'archéogéologie, M. Boucher de Perthes, a un jour de bonheur ineffable : deux ouvriers qu'il employait viennent l'avertir que, dans un banc diluvien, près d'Abbeville, une hache de silex est en vue, au milieu d'un lit de sable jaune. Il y court, achève de la détacher de ses mains, et, à cause de l'authenticité du gisement, il fait dresser procès-verbal de la découverte.

Entre l'homme de génie et le simple savant, il faut de ces précautions-là. — A. Ch.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises.*) — *Ordre du jour de la séance du vendredi 8 août* 1873 : Suite et fin de la discussion sur l'expectoration albumineuse survenant après la thoracentèse. Résumé et réplique, par M. Féréol. — Communications diverses.

Ceux de nos lecteurs qui, ne collectionnant pas l'UNION MÉDICALE, posséderaient des numéros de janvier 1873 qui ne leur seraient pas utiles, sont instamment priés de nous les adresser. Il leur sera tenu compte, s'ils le désirent, de la valeur de ces numéros.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

PHYSIOLOGIE

MÉMOIRE SUR LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES ET SUR LE FONCTIONNEMENT DU CERVEAU;

Lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 4 août 1873,

Par le docteur Édouard FOURNIÉ, médecin à l'Institut des sourds-muets.

Depuis le grand effort que fit Gall pour conquérir le cerveau et la pensée à la physiologie humaine, beaucoup d'éléments utiles à la solution de cette question ont été recueillis ; mais, qu'il me soit permis de le dire, si ces éléments n'ont pas porté tous les fruits désirables, c'est qu'il manquait à ceux qui avaient le mérite de les recueillir une condition de premier ordre. Aucun de ceux, en effet qui, depuis Gall jusqu'à Flourens, se sont occupés de physiologie cérébrale, n'a songé à placer le problème sur ses véritables bases.

Loin de rattacher la physiologie cérébrale à la physiologie des autres organes; loin de soumettre leurs investigations à la pierre de touche des lois générales qui régissent la vie organique et la vie fonctionnelle, les physiologistes ont considéré le cerveau comme un organe à part, et ils ont ainsi méconnu la nature essentielle des manifestations sublimes qui résultent de l'union du principe de vie avec la matière cérébrale.

Gall, par exemple, au lieu d'analyser et de déterminer les éléments qui concourent aux manifestations de l'activité cérébrale, prend en bloc toutes les manifestations de l'esprit humain, les classe, les divise, selon l'idée qu'il se fait de leur essence, et, en définitive, leur assigne une place déterminée dans la substance cérébrale. Cette façon d'agir ne nous enseigne absolument rien au point de vue de la physiologie cérébrale. Que nous importe, en effet, de savoir que la faculté du langage articulé, par exemple, a son siége dans les lobes antérieurs, si l'on ne nous dit pas, en même temps, par quel mystérieux mécanisme se forme la parole? Non-seulement nous dirons que cela nous importe peu, mais nous ajouterons que cette connaissance, dans ce qu'elle a d'absolu, est nuisible aux progrès de la science.

Il suffit, en effet, que l'on ait constaté la relation qui existe entre les manifestations du langage et certaines parties du cerveau pour que l'on croie avoir fait la physiologie de la parole. La parole est liée à l'intégrité de telle partie du cerveau;

FEUILLETON

CAUSERIES

Ils ont tous fait leur devoir, ils ont tous vaillamment combattu, et le Napoléon de l'Académie aura pu leur dire : Orateurs, je suis content de vous! M. Bussy a eu le calme, la modération, la dignité du savant et du chef de la pharmacie ; plus indigné, M. Boudet a exhalé une plainte amère ; impétueux, irascible et courroucé, M. Poggiale a eu des accents de colère et de sarcasme; onctueux, au contraire, pathétique et dithyrambique, M. Dumas a répandu l'huile et le baume sur des surfaces enflammées.

Dans l'autre camp, le bouillant M. Broca, dont la parole tonitruante a fait défaut à la dernière séance ; moins tranchant et plus diplomate, M. Legouest, versant un sirop lénitif dans la coupe amère de ses propositions ; M. Fauvel, employant les ressources d'un esprit ingénieux à préparer une mixture de conciliation refusée par les deux parties ; M. Sédillot, plaidant très-spirituellement plutôt contre l'intendance que contre la pharmacie ; M. Bonnafont, qu'on a eu le tort de ne pas écouter, et dont le discours raisonnable et conciliant pouvait être accepté des deux côtés ; M. Larrey, ennemi des longs discours et n'intervenant que pour mieux poser les questions ; M. Chauffard, M. Béhier, intrépides francs-tireurs, harcelant l'ennemi, voilà les combattants pour et contre qui, dans les deux camps, ont fait preuve d'habileté et de vaillance.

Enfin, tout va bien qui finit bien, et cette affaire a bien fini. L'Académie n'a voulu se montrer ni exigeante ni cruelle; selon le charitable conseil de M. Béhier, elle s'est contentée de la *chose* sans prononcer le *mot*, et à la manière dont le vote de mardi dernier a été accepté

donc, s'empresse-t-on de dire, dans cette partie réside le principe régulateur, législateur des mouvements de la parole, et la physiologie de cette partie du cerveau est faite. N'en déplaise à ceux qui professent ainsi la physiologie, mais, agir de cette façon, n'est-ce pas lâcher la proie pour l'ombre? Il ne suffit pas, en physiologie, de constater que tel organe remplit telle fonction; il faut surtout expliquer le mécanisme fonctionnel de cette fonction, car c'est dans cette explication que réside essentiellement tout problème physiologique. Si, depuis plus de quarante ans qu'on connaît plus ou moins la localisation de la parole, à laquelle se rattachent d'une manière éclatante les travaux de M. Bouillaud, on se fût moins préoccupé du fait même de la localisation pour s'attacher à déterminer les éléments anatomiques qui entrent dans le mécanisme fonctionnel de la parole, on aurait reconnu certainement que la *coordination des mouvements de la parole* n'est pas un fait élémentaire que l'on puisse rattacher à un organe déterminé, mais un enchaînement de phénomènes régulièrement produits par le mécanisme fonctionnel du cerveau et présentant le caractère formel que nous avons assigné à tous *les mouvements intelligents*.

Cette recherche, dans tous les cas, aurait eu pour résultat de faire connaître les éléments divers qui, bien qu'éloignés des lobes antérieurs, n'en concourent pas moins à la formation de la parole, et l'on aurait eu ainsi l'explication de certains faits en apparence contradictoires (troubles de la parole coïncidant avec des lésions des lobes postérieurs ou du cervelet) que l'on a invoqués contre la localisation absolue de la parole dans les lobes antérieurs.

La critique que nous venons de formuler, à propos de la parole et touchant les localisations de Gall, peut être appliquée à tous les organes de la phrénologie et à tous ceux qui ont imité plus ou moins ouvertement l'illustre réformateur. Cette critique peut être généralisée ainsi : Au lieu de déterminer le siége et le rôle fonctionnel des éléments qui concourent à l'activité cérébrale, recherche qui, à elle seule, constitue la physiologie de cet organe, les localisateurs n'ont songé qu'à localiser un ensemble de manifestations qui résultent du fonctionnement du cerveau, sans prétendre expliquer ce fonctionnement lui-même. En d'autres termes, ils ont remplacé la vraie physiologie cérébrale par l'expression synthétique d'un certain nombre de phénomènes qu'ils ont associés à telle ou telle autre partie du cerveau.

L'idée des localisations cérébrales, dont la première expression remonte très-

---

par les pharmaciens, il est certain qu'ils ont cru avoir remporté une grande victoire. Et comme tout le monde, à peu près, paraît être content, je n'ai aucune raison de ne pas partager la satisfaction générale.

L'affliction est entrée dans plusieurs de nos familles médicales. Il y a quelques jours, nous rendions les derniers devoirs à une dame d'un grand mérite, profondément regrettée de son mari et de ses enfants, à Mme Brierre de Boismont, femme de notre savant confrère, et dont le concours intelligent et dévoué n'a pas peu contribué à l'édification de la grande position de son digne mari.

Tout à l'heure nous assistions aux obsèques de M. Lasègue, père de M. Charles Lasègue, professeur à la Faculté de médecine, dont la mort plonge dans la plus vive douleur une famille modèle d'union et d'affection. Quoique M. Lasègue fût âgé de 82 ans, il était si bien conservé, si alerte, si complétement *mentis compos*, que sa mort étonne tous ceux qui le connaissaient comme ferait la mort d'un jeune homme. Il y a quelques années, tout le village de Châtillon célébrait joyeusement la cinquantaine de son mariage. Pieusement, et avec affliction, il assistait aujourd'hui à son service funèbre que présidait le maire de la commune, M. Louveau, qui, dans une allocution émue, a payé un tribut de regrets au zélé et très-précieux doyen des conseillers municipaux de la commune.

Botaniste très-apprécié, M. Lasègue est resté, jusqu'à leur dispersion, conservateur de la bibliothèque célèbre et des collections botaniques si connues de M. Delessert. On sait que ce généreux collectionneur avait mis cette bibliothèque et ses collections au service des savants; M. Lasègue, bien connu de tous les botanistes du monde qui venaient consulter ces précieuses collections, s'était fait une réputation bien fondée d'aménité, de complaisance et de serviabilité, qu'on ne rencontre pas toujours dans les établissements publics.

haut dans l'histoire de la science, était un progrès réel, un premier pas vers la découverte de la vérité; mais les localisateurs ont mal appliqué cette idée féconde, et, en l'amoindrissant, ils étaient parvenus à enfermer la physiologie cérébrale dans une impasse. Il est évident que les diverses manifestations de l'activité de l'esprit humain correspondent à l'activité de certains éléments anatomiques; mais ces localisations, si réelles et si précieuses à connaître, doivent être recherchées d'après des principes et des lois que les localisateurs n'avaient pas songé à invoquer. Il fallait, en d'autres termes, placer le problème de la physiologie cérébrale sur d'autres bases, sur ses bases naturelles. C'est le résultat de nos efforts dans ce but que nous allons soumettre, en peu de mots, à l'Académie.

Il est facile de reconnaître dans le corps vivant trois ordres d'organes dont le fonctionnement se rattache aux lois de la physique ou de la chimie. Le foie, par exemple, se rattache aux lois de la chimie, c'est un organe qui fournit un produit chimique; le muscle se rattache aux lois de la mécanique, c'est un moteur; le cerveau se rattache aux lois de la dynamique moléculaire.

Semblable à une pile électrique, le cerveau, dans son fonctionnement, est le siége d'un mouvement moléculaire intime qui échappe à nos regards; mais, de même que l'activité de la pile se manifeste à nos yeux par son action sur les appareils que l'on présente à son influence, de même l'activité du cerveau se manifeste au dehors par son action sur le système musculaire; c'est par les mouvements de ce dernier que nous savons que le cerveau agit, et, pour bien saisir toute la valeur et l'étendue que nous donnons à cette dernière assertion, on ne doit point perdre de vue que la parole, avec laquelle nous pensons, fut primitivement un mouvement musculaire provoqué par l'activité cérébrale et que nous répétons *tacitement* quand nous pensons.

Le cerveau est donc un instrument dynamique. Mais n'est-il que cela? Non certes, c'est un instrument de la vie, et, à ce titre, nous devons considérer ses propriétés d'organe vivant. Or, la propriété essentielle du cerveau est de *sentir* ce qui provoque son fonctionnement, ainsi que l'acte qui résulte de ce dernier. Le foie ne *sent* pas le sang qu'il va modifier; il ne *sent* pas non plus qu'il fait de la bile; le muscle ne *sent* pas l'influence nerveuse qui provoque sa contraction pas plus que le déplacement qu'il provoque dans les parties; la pile électrique, enfin, ne *sent* pas qu'elle est en activité ni qu'elle provoque des mouvements; le cerveau, seul, sent tout cela, et c'est dans ce sentiment que nous retrouvons les propriétés spéciales de cet organe.

M. Lasègue, d'ailleurs, était un lettré, un délicat; il s'était fait une bibliothèque dramatique remarquable et précieuse. C'était un anecdotier charmant, cultivant avec bonheur et succès la poésie légère, la chanson, les petits poëmes, dont il a fait imprimer un recueil pour ses amis. L'année dernière, à peu près à cette époque, cette famille en joie célébrait le mariage d'un de ses enfants. M. Lasègue composa pour la circonstance un petit poëme plein de grâce et de fraîcheur. Sa verve inépuisable et toujours complaisante animait et égayait toutes les distributions de prix de nos écoles.

M. Lasègue habitait, à Châtillon, un pavillon, seul reste d'une somptueuse demeure qu'un receveur des tailles du nom de Rousseau s'était fait construire, sous la Régence, dans une situation splendide, sur la route de Clamart. Sa dernière propriétaire, la marquise de Pripri, en fut chassée par la Révolution, et la bande noire démolit le château, vendit par lots le domaine, dont les bois et les futaies étaient magnifiques. Un pavillon fut épargné. C'est dans ce pavillon, avec une portion de l'ancien parc, où ont poussé des arbres aujourd'hui séculaires, que M. Lasègue avait acquis, où il vivait avec amour, qu'il vient de mourir, après avoir relevé des ruines faites par les Prussiens et par la Commune cette habitation où il se plaisait tant, où il se sentait aimé et honoré, où les douces, aimables et bienveillantes qualités de son esprit et de son cœur lui avaient donné autant d'amis que d'habitants de Châtillon.

Les quelques lignes que j'ai publiées dans ma *Causerie* de samedi dernier, sur les petites voitures des enfants, m'ont valu la bienveillante lettre suivante, dont je m'empresse de remercier l'auteur.

La détermination que nous venons de faire est loin d'être banale; elle nous permet d'abord de dire que la pensée n'est pas une sécrétion ni un simple mouvement, mais un phénomène vital sans analogue quant à sa condition fondamentale, la *sensation*, et ressortissant aux lois de la dynamique moléculaire quant à ses manifestations extérieures; elle nous permet ensuite de dire par quels procédés d'investigation on peut arriver à connaître le fonctionnement intime de l'organe cérébral. Un mot essentiel sur ces procédés.

Le cerveau étant un instrument dynamique *vivant* et *sentant*, deux voies nous sont ouvertes pour diriger nos investigations : la première nous conduit à étudier l'activité cérébrale dans ses effets sur le système musculaire, et en cela nous imitons les physiciens quant ils appliquent leur attention sur les phénomènes électriques; l'autre nous conduit à étudier ce que nous sentons en nous. Ces deux manières d'étudier le cerveau représentent ce qu'on est convenu d'appeler la *méthode expérimentale* et la *méthode psychologique*, méthodes que l'on ne saurait sans inconvénient séparer dans l'étude du sujet qui nous occupe, et que, malheureusement, les partisans exclusifs de l'une et de l'autre ne séparent que trop. Cela tient sans doute à ce que la valeur et l'importance de chacune de ces méthodes ont été mal définies et mal appréciées. Le psychologue, en étudiant les choses de l'esprit, ne peut que sentir qu'il *sent* et qu'il *agit;* il peut arriver par ce moyen à faire un classement utile des diverses manifestations de l'esprit humain, mais en aucun cas il ne peut expliquer, par sa méthode seule, le mécanisme fonctionnel des choses dont il parle; il n'expliquera pas, par exemple, le mécanisme fonctionnel de la parole avec laquelle il pense; ceci est l'affaire du physiologiste qui, à ce titre, peut compléter ce qui manque au psychologue. Le physiologiste, de son côté, peut, par les procédés qui lui sont familiers, démontrer expérimentalement les liens matériels à la faveur desquels les choses de l'esprit reçoivent une forme stable, permanente et sensible; mais, dans ses recherches, il a besoin d'être guidé par les connaissances qui sont du ressort de la psychologie. A notre avis, le malentendu qui existe depuis longtemps entre les psychologues et les physiologistes provient de ce que les uns et les autres n'ont pas encore trouvé le terrain sur lequel, tôt ou tard, ils seront amenés à s'entendre. Ce terrain est celui de la parole considérée tout à la fois dans son mécanisme fonctionnel et dans ses attributs psychologiques. Le jour où ce terrain sera mieux apprécié des uns et des autres, les physiologistes comprendront que, en faisant intervenir la parole dans l'étude des fonctions céré-

---

Paris, 6 août 1873.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Monsieur et très-honoré confrère,

« Que pensent, disiez-vous dans votre dernière *Causerie*, les gynécologistes de la mode nouvelle, et si généralement répandue aujourd'hui dans Paris, de ne plus porter les enfants sur les bras de leurs mères ou de leurs nourrices, mais de les coucher et de les traîner dans de petites voitures? »

Avec une parfaite raison, vous essayez de démontrer, au nom des lois les plus élémentaires de la physiologie, que cette mode est vicieuse et détestable; qu'il incombe à la femme, de par la nature, de porter l'enfant, comme aux orangers de porter leurs fruits; comme aussi, auriez-vous pu ajouter encore, aux charmants rosiers de votre paisible cottage de Châtillon de porter leurs roses!

L'année dernière, dans une séance de la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance, à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir en qualité de membre honoraire, j'ai eu l'occasion fortuite de soulever la même question, convaincu qu'elle appelle l'attention des médecins et des familles. Cette question, mal posée sans doute, n'a eu, je dois en convenir, qu'un faible écho dans la réunion, et la discussion, malgré la présence parmi nous d'un professeur particulier d'obstétrique, a été à peine entamée.

Je suis heureux que le même et important sujet revienne aujourd'hui dans votre intéressante *Causerie*, rehaussé de tout l'éclat de votre plume habile et autorisée, persuadé que les praticiens vous fourniront bientôt à l'envi, s'ils veulent bien faire appel à l'observation, des faits aussi déplorables que justifiés, à l'appui de l'abus, et non de l'usage mesuré, bien

brales, ils ne font qu'employer le même procédé dont ils se servent quand ils veulent déterminer les fonctions de la moelle : pour déterminer ces dernières fonctions ils excitent la moelle ou un nerf, et ils étudient le résultat de cette excitation dans la contraction musculaire qui en résulte. Or la parole, elle aussi, n'est autre chose qu'une contraction musculaire résultant d'une certaine excitation cérébrale. Mais pour apprécier judicieusement la nature de cette contraction, il ne suffit pas de regarder pour voir, comme dans l'expérimentation au sujet de la moelle, il faut quelque chose de plus, il faut connaître les attributs psychologiques de la parole, et fonder ses appréciations sur cette connaissance.

Ces considérations sur les méthodes rivales qui se disputent encore aujourd'hui la tête de l'homme, nous permettent de déterminer les limites, jusqu'ici très-nuageuses, qui séparent la psychologie et la physiologie : à l'une, l'étude des manifestations de l'activité de l'esprit humain; à l'autre, l'étude du mécanisme merveilleux qui donne naissance à ces manifestations.

D'ailleurs, l'emploi simultané de ces deux méthodes est indispensable, soit dans l'étude des fonctions cérébrales, soit dans l'étude des manifestations psychiques de l'intelligence humaine. C'est en utilisant ces deux méthodes, ainsi que les procédés qu'elles comportent, c'est-à-dire l'observation physiologique et pathologique, et aussi l'expérimentation sur les animaux vivants, que nous avons cherché à déterminer le siége des éléments anatomiques qui concourent au mécanisme des fonctions cérébrales. Cette manière de procéder et de comprendre les localisations cérébrales est tout à fait différente de celle de Gall et de ceux qui l'ont imité; elle repose sur d'autres principes, sur d'autres lois, et elle nous a conduit à des résultats que nous allons faire connaître en nous aidant d'une figure schématique du cerveau représentée ci-contre.

Un mot d'abord sur les éléments qui entrent dans cette figure :

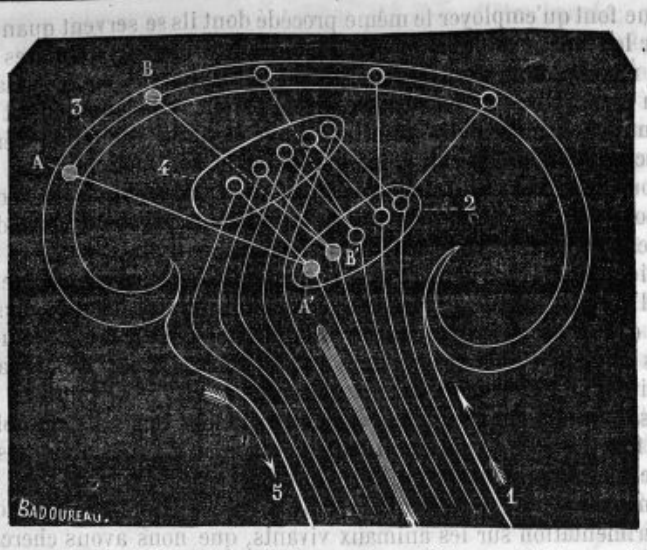
Dans la région n° 1, nous voyons les nerfs impressionneurs, c'est-à-dire les nerfs qui portent vers le cerveau le résultat d'une impression reçue et qui occupent la partie postérieure de la moelle. Ces nerfs aboutissent à la région n° 2, connue sous le nom de *couches optiques*, et composée en grande partie de cellules nerveuses; des fibres partent de ce centre sous forme de rayons et le font communiquer, d'un côté, avec la région 3, composée de cellules et désignée sous le nom de *couche corticale du cerveau;* de l'autre, avec la région 4, composée, elle aussi, de cellules, et désignée sous le nom de *corps striés*. De cette dernière région partent les nerfs du mouve-

---

entendu, que vous signalez. Pour mon compte, aux inconvénients que vous avez énumérés, j'ajouterai le cahotage brutal et violent que parfois le pauvre bébé, endormi dans sa voiture, éprouve sur un pavé défoncé ou inégal; j'indiquerai encore les dangers qui résultent pour lui de la présence d'une bouteille d'eau chaude, quelquefois bouillante, sujette (ce qui est arrivé déjà) à se briser ou à se déboucher, et placée à hauteur de ses pieds, sous le fallacieux prétexte, au moment de l'hiver, de remplacer chez lui le calorique maternel et celui qu'engendrerait naturellement le jeu de ses muscles inexpérimentés, lorsque, posé sur le bras de sa mère, il se livre à cette gymnastique gracieuse, et souvent mutine, que chacun sait.

Il est un autre abus dans l'éducation physique de l'enfant que j'ai cru devoir, dans la même séance, dénoncer bien haut à la réprobation de mes collègues. Je veux parler de ce biberon, d'importation anglaise, je crois, pourvu d'un long tube flexible en caoutchouc, à la faveur duquel les mères et les nourrices sèches peuvent maintenant, triste perfectionnement du siècle, s'exonérer, en grande partie du moins, même du soin de l'allaitement artificiel! Qui de nous, et avec un sentiment poignant de tristesse, n'a vu, maintes fois, un de ces enfants ainsi gorgés, abandonné dans son berceau, muni, à ses côtés, du funeste biberon, la bouche armée du long tube qui le surmonte, ingurgiter avec une avidité sans égale le lait souvent échauffé et aigri qui s'y trouve contenu; puis, une fois sa provision épuisée, continuer avec rage des efforts inutiles de succion, jusqu'à ce que la mère, avertie par ses cris impatients, vint y mettre un terme en s'approchant *enfin* du petit importun qu'elle semblait avoir oublié!

En présence de pratiques aussi fâcheuses, de procédés barbares absolument destructifs de notre race, et de bien d'autres erreurs ou préjugés relatifs à l'éducation du premier âge, on ne saurait trop appeler, cher et honoré confrère, l'attention publique sur les dangers de



ment qui occupent dans la région 5 la partie antérieure de la moelle. Ces cinq régions représentent la plupart des localisations acquises à la science. Reste à déterminer leur rôle fonctionnel.

Semblable en cela à tous les organes de la vie, le cerveau requiert, pour entrer en fonction, l'intervention d'un excitant spécial. Cet excitant est une impression reçue à l'extrémité périphérique d'un nerf impressionneur. L'impression a pour effet de modifier la vitalité du nerf, de proche en proche, jusqu'aux couches optiques, et, là, le nerf modifie à son tour la cellule à laquelle il vient aboutir. Le résultat de la modification de ce dernier élément par le mouvement impressionneur est un phénomène merveilleux, immense, sans analogue; c'est une sensation ou, pour mieux dire, une *perception simple*. Le phénomène de la perception simple a bien son siége dans les couches optiques, car, si on détruit cet organe chez le chien vivant, l'animal n'est plus sensible à aucune impression : il n'odore plus, il n'entend plus, il ne voit plus; en un mot, il vit, mais il ne sent pas. Quand l'homme est modifié dans les couches optiques, il *sent*, et voilà tout. Sentir, c'est vivre d'une

---

pareils errements, et surtout sur les moyens de les combattre avec quelque chance de succès. Sans doute la tâche est rude et difficile, mais elle n'est point, Dieu merci! au-dessus des efforts des cœurs vaillants et généreux que les amis de l'enfance comptent en si grand nombre dans toutes les classes de la société.

Veuillez agréer, etc. Dr E.-R. PERRIN.

J'ai reçu aussi quelques témoignages oraux d'adhésion; mais également on m'a fait oralement des objections et des critiques. Je demande qu'on veuille bien formuler ces dernières par écrit, promettant leur insertion. En fait d'élève de l'enfant, il n'y a pas de petite question. J'ai fait appel à l'observation de nos confrères sans preuves; je l'ai déclaré en invoquant, en réclamant des faits. *A priori*, je crois ce système de locomotion pour les enfants mauvais et dangereux. D'après ce que je vois, plusieurs de mes confrères pensent comme moi; j'en ai rencontré aussi qui pensent le contraire. Le champ est ouvert à la discussion, et si elle aboutit à quelque chose de net et de précis, je me trouverai heureux de l'avoir provoquée.

Dr SIMPLICE.

Éphémérides Médicales. — 9 AOUT 1731.

L'hôtel royal des Invalides, essayé par Henri IV, dans le faubourg Saint-Marceau, en faveur « des militaires estropiés et caducs », créé définitivement par lettres patentes de Louis XIV (avril 1674), reçoit un règlement singulier. Ce règlement ordonne au chirurgien-major de l'hôtel de dénoncer au supérieur les officiers ou soldats invalides. — A. Ch.

certaine façon. Nous voulons dire par là que, pour sentir *avec connaissance*, il faut autre chose que la *perception simple :* il faut cette *perception* simple et quelque chose de plus que nous allons faire connaître.

Le phénomène-perception s'accompagne nécessairement d'un mouvement propre des cellules que le mouvement impressionneur a provoqué. Or, ce mouvement ne s'épuise pas sur place; les couches optiques ne sont pas isolées au milieu de la substance cérébrale, et il est tout naturel que le mouvement dont elles sont le siége se communique aux parties voisines. C'est ce qui arrive : des couches optiques, le mouvement impressionneur s'étend de proche en proche à travers les fibres du noyau blanc, pour aboutir, en définitive, aux cellules qui forment la couche périphérique du cerveau. Ces cellules sont modifiées d'une certaine façon par le mouvement impressionneur, et nous devons nous demander quel phénomène correspond à cette modification. L'expérimentation sur les animaux vivants et l'observation pathologique nous permettent de répondre à cette question d'une manière formelle.

Déjà, depuis longtemps, on avait remarqué que, chez les déments, la couche corticale du cerveau était ramollie ou plus ou moins lésée. Nous-même, dans nos expériences sur les chiens, nous avions constaté que, lorque nous détruisions cette région par le caustique, nous provoquions une sorte de folie; l'animal conservait tous ses sens comme les déments, mais il ne connaissait pas, il n'avait plus de mémoire. Notre conclusion sur ce fait fut que le phénomène-*perception*, que nous avions vu se produire dans les couches optiques, ne se produisait pas dans la couche corticale, puisque les déments, ainsi que les chiens dont la couche corticale est lésée, conservent leur sensibilité. Mais comme, d'un autre côté, les couches optiques ne concourent qu'à la perception simple, à la perception *sans connaissance*, nous fûmes conduit à rechercher par quel mécanisme la perception simple, dans les couches optiques, se transforme en perception *avec connaissance*, grâce au concours de l'activité des cellules de la couche corticale du cerveau. Ce mécanisme, qui est celui de la mémoire, est assez simple.

Supposons un cerveau vierge de toute impression et soumettons-le à l'influence d'un corps odorant. Le mouvement impressionneur se transmet à travers le nerf de l'odorat jusqu'à la cellule A' du centre optique, et, dès lors, l'homme sent l'odeur. Puis, le mouvement impressionneur continue sa route jusqu'à la cellule A' de la couche corticale, et la modifie d'une certaine façon. Si nous retirons le corps odorant, tous les mouvements que sa présence a provoqués cessent, et l'homme ne sent plus rien, il rentre dans le néant d'où nous l'avions sorti. A présent, supposons que, par un moyen quelconque, nous puissions déterminer dans la cellule A le mouvement qui lui est propre. Qu'arrivera-t-il? Il arrivera que le mouvement de cette cellule se transmettra, à travers les fibres du noyau blanc, jusqu'à la cellule A', dont elle réveillera l'activité propre. Or, comme cette activité correspond à une perception d'odeur, l'homme sentira de nouveau cette odeur en l'absence de l'objet impressionnant capable de la provoquer. Telle est la première condition de la mémoire : sentir comme on a déjà senti, mais en l'absence de tout objet impressionnant et sous l'influence seule de l'activité d'une cellule de la couche corticale du cerveau. Ce fait élémentaire ne constitue pas toute la mémoire : pour se souvenir, il faut *sentir* qu'on a déjà senti d'une certaine façon, et établir un rapport entre la manière de sentir actuelle et celle de jadis. En d'autres termes, on n'a le sentiment du passé qu'à travers le sentiment de l'état actuel. Ce trait d'union entre le passé et le présent, nécessaire pour qu'il y ait souvenir, est le résultat d'un mécanisme fonctionnel que nous devons faire connaître. Supposons donc que le corps odorant était une orange, et que les sens de la vue et de l'odorat vont être simultanément provoqués par elle. L'impression visuelle réveillera le centre de perception B' en même temps que le centre A' sera réveillé par l'impression odorante, et le mouvement impressionneur visuel ira réveiller l'activité propre de la cellule B, pendant que le mouvement impressionneur odorant provoquera celle de la cellule A. Dans ces conditions, l'homme sent qu'il est modifié de deux façons diffé-

rentes, et voilà tout. Mais si, après avoir retiré l'orange, nous la soumettons de nouveau à l'activité du seul sens de la vue, qu'arrivera-t-il? L'homme verra l'orange; mais, comme le mouvement impressionneur ne s'épuise pas dans les couches optiques, il ira provoquer l'activité propre de la cellule B; la cellule B étant unie par ses prolongements à la cellule A, déterminera dans cette dernière l'activité qui lui est propre, et, en définitive, le centre de la perception odorante A' sera, lui aussi, réveillé. De sorte que, bien que l'orange soit assez éloignée pour que l'homme ne puisse l'odorer, il l'odorera néanmoins par le souvenir, et il sentira ce qu'il sentit réellement jadis en voyant l'orange; il se souviendra, en un mot, que l'orange est un corps odorant, et, en se souvenant de ce caractère, il n'aura plus une *perception simple* de cet objet, mais une perception distinguée d'une autre, une *perception avec connaissance*. Voilà comment, en expliquant le mécanisme de la mémoire, nous avons été conduit à formuler la différence qu'il y a entre une *perception simple* et une *perception avec connaissance*, et à déterminer, en même temps, le rôle fonctionnel des cellules de la couche corticale du cerveau.

Les cellules de la couche corticale du cerveau représentent, sous forme de modalité dynamique *in posse*, toutes les notions acquises, et c'est aux connexions anatomiques qui unissent ces cellules aux couches optiques qu'elles empruntent la possibilité de réveiller successivement le centre de perception pour donner naissance aux phénomènes de mémoire.

Le rêve n'est autre chose que le réveil du centre de perception par l'activité des cellules de la couche corticale, alors que ce même centre est fermé aux influences extérieures.

Toutes les cellules de la couche corticale sont unies entre elles par leurs prolongements; elles peuvent donc réveiller mutuellement leur propre activité. Il suffit, en effet, que l'une d'elles fonctionne pour que le fonctionnement des autres s'ensuive.

Quant à l'ordre admirable qui préside au classement de toutes nos connaissances, nous le devons à l'intelligence sublime qui a tout créé : le cerveau est une tapisserie admirable dont le Créateur a fourni le canevas et dont nous remplissons tous les jours les mailles.

Jusqu'ici, nous n'avons exposé qu'une partie de la fonction cérébrale : l'excitant fonctionnel et la matière fonctionnelle. Cela n'est pas suffisant. La fonction des organes, en effet, ne consiste pas seulement à rassembler des éléments déterminés; la fonction suppose un but à atteindre, et ce but n'est pas dans l'organe lui-même, mais en dehors de lui. Il faut donc que, par des mouvements particuliers, l'organe projette au dehors les éléments de sa fonction. Ce sont ces mouvements que nous désignons sous le nom de *mouvements fonctionnels*.

Le cerveau qui se bornerait à sentir et à se souvenir vivrait en lui-même d'une certaine façon, mais personne n'en saurait rien; pour que sa fonction soit complète, il faut que chacune de ses manières de sentir et de se souvenir se reflète au dehors d'une manière sensible. C'est ce qui a lieu, en effet, et c'est par des mouvements que le cerveau extériorise sa manière d'être. Faire connaître la nature de ces mouvements et déterminer les éléments anatomiques qui les exécutent, telle sera la dernière partie de notre exposition.

La route que nous avons assignée tout à l'heure au mouvement impressionneur, des nerfs sensitifs aux couches optiques, et de ces dernières aux cellules de la couche corticale, n'est pas la seule voie suivie par ce mouvement. Les couches optiques sont unies par des fibres spéciales à un autre noyau de cellules que l'on désigne sous le nom de corps striés. C'est dans ce noyau que viennent aboutir toutes les fibres des nerfs du mouvement placés à la partie antéro-latérale de la moelle. Ces connexions anatomiques sont déjà une présomption en faveur du rôle important que nous attribuons aux corps striés dans l'exécution des mouvements. Cette présomption s'est transformée en certitude, quand nous avons vu l'abolition de tout mouvement succéder, chez les chiens vivants, à la destruction de ces

organes. Dès lors, il nous a paru possible d'expliquer le mécanisme fonctionnel de tous les mouvements volontaires ou involontaires.

Les mouvements sont involontaires lorsque la cause impressionnante, un danger, par exemple, est assez vive pour réveiller directement l'activité des corps striés et provoquer aussitôt, par l'intermédiaire des nerfs moteurs, un mouvement déterminé.

Les mouvements sont volontaires lorsque la cause impressionnante donne le temps à l'attention de soumettre l'impression sentie à la pierre de touche des connaissances acquises, de réveiller, par conséquent, l'activité des cellules de la couche corticale. Ce n'est qu'après cet examen que l'impression dominante, dans les couches optiques, détermine l'exécution du mouvement qui lui est corrélatif.

Dans le cas des mouvements involontaires, le mouvement exécuté est ce qu'on appelle vulgairement un *premier mouvement*. Dans le cas des mouvements volontaires, l'examen préalable a fait prévaloir dans les couches optiques une impression dominante qui donne par ce seul fait au mouvement exécuté les caractères d'un mouvement raisonné et voulu. Les mouvements de la parole rentrent dans ces derniers mouvements.

Pour compléter la description de la fonction cérébrale, ce serait le moment de fournir un exemple général en décrivant la fonction langage (1); mais ce serait dépasser les limites du cadre que nous nous sommes tracé. Notre but exclusif a été de montrer comment il fallait comprendre les localisations cérébrales et comment il était possible, dès à présent et d'après cette connaissance, d'écrire le chapitre des fonctions cérébrales.

(1) Ces questions sont d'ailleurs suffisamment exposées dans notre *Physiologie de la voix et de la parole* et dans notre *Physiologie du système nerveux*. (Paris, 1872, Ad. Delahaye, édit.)

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

ÉTUDE CLINIQUE SUR DIVERSES FORMES DE BRONCHITES, par le docteur C. SÉNAC-LAGRANGE, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Cauterets. Paris, 1873, Ad. Delahaye, libraire.

Sous ce titre, M. Sénac-Lagrange nous présente un travail consciencieux, où sont passés en revue, dans leurs symptômes, leur marche, leurs complications, plusieurs formes de bronchites, observées par lui pendant son internat dans les hôpitaux de Paris. « Environ deux cents observations, dit-il, ont été la base de ce travail. » Nous regrettons tout d'abord de n'en voir figurer aucune à la suite des divers chapitres, pour servir de contrôle aux propositions émises sur chacune de ces formes morbides. Il est impossible que, sur un nombre aussi considérable de faits, M. Sénac n'en possède pas plusieurs dont la relation eût offert un véritable intérêt, eût présenté un tableau saisissant des différents types qu'il étudie, et eût donné en quelque sorte à ses descriptions une précision et une authenticité plus grandes.

L'auteur trace tout d'abord un tableau exact et minutieux des bronchites simple, aiguë et chronique. Puis il traite, dans un chapitre à part, de la bronchite emphysémateuse, et étudie avec grand soin les modifications respiratoires propres à cette forme. Voici comment se font, d'après lui, dans l'emphysème étendu, les mouvements du thorax : « Lorsque l'augmentation de volume du poumon est le plus considérable possible, la cage thoracique, pour s'adapter à ce nouveau volume, a dû se dilater dans tous ses diamètres, et il arrive un moment où tous ces diamètres sont à leur summum d'allongement. Dès lors, la cage thoracique reste fixe, et, les conditions étant changées, le mode respiratoire est modifié. Le diaphrgme reste seul chargé de la fonction : j'ai pu maintes fois m'assurer de l'amplitude plus grande de ses mouvements. Si en ce moment on considère la cage thoracique, on voit dans l'inspiration les espaces intercostaux inférieurs se déprimer jusqu'au-dessous du mamelon, à l'inverse de l'état normal; ainsi que le creux épigastrique et les côtes correspondantes se déprimen en dedans. Ce fait indiquerait donc une diminution de quantité et de tension de l'air intérieur, par rapport à la pression extérieure, ou la perte complète d'élasticité des vésicules pulmonaires. »

Les chapitres suivants traitent de la bronchite accompagnant la pneumonie, la pleurésie, la congestion pulmonaire et l'hémoptysie, les affections cardiaques, les tubercules, le rhumatisme, les néphrites, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la grippe, les maladies cutanées. Enfin, les dernières pages sont consacrées aux indications thérapeutiques et à l'action des eaux minérales sulfureuses. — L.-G. R.

DE L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE APRÈS LA THORACENTÈSE, par le docteur TERRILLON, prosecteur des hôpitaux, ancien interne lauréat. J.-B. Baillière, 1873.

Excellent travail relatif à un accident peu connu de la thoracentèse. Vingt et une observations, dont six inédites, d'expectoration albumineuse à la suite de cette opération, ont permis à M. Terrillon de donner une analyse complète de ce phénomène et d'en discuter le mécanisme. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° C'est un accident rare de la thoracentèse, survenant dans des cas mal définis.

2° Dans la plupart des cas, le début de l'expectoration albumineuse a eu lieu de dix minutes à une heure environ après l'opération.

3° Cet accident est généralement bénin, mais il peut dans quelques cas rares entraîner rapidement la mort du malade.

4° Dans les faits terminés par la mort, on peut expliquer celle-ci par une lésion pulmonaire du côté opposé empêchant le fonctionnement normal de l'organe, et par conséquent la facilité de l'expectoration.

5° On doit jusqu'à présent hésiter entre deux explications possibles de cet accident : *a.* perforation spontanée du poumon, passage à travers les bronches du liquide pleurétique et rejet de ce liquide par l'expectoration; *b.* congestion rapide, œdème pulmonaire et expectoration résultant de cet œdème. — L.-G. R.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE NORMALE DU CORPS THYROÏDE, par le docteur P.-A. BOÉCHAT, ex-interne des hôpitaux. A. Delahaye, 1873.

Recherches intéressantes d'histologie normale, faites dans le laboratoire d'histologie du Collége de France. Elles portent principalement : 1° sur les cavités du corps thyroïde, considérées généralement comme des vésicules closes, et que l'auteur croit communiquer largement les unes avec les autres, formant ainsi un système de canaux dans toute l'étendue de l'organe; 2° sur l'épithélium de revêtement de ces cavités; 3° sur le réseau d'origine des lymphatiques et la distribution des vaisseaux sanguins.

L'auteur conclut de ses observations que le corps thyroïde est constitué par un stroma de tissu conjonctif, dont les trabécules parcourent l'organe dans tous les sens. Cette charpente soutient un vaste réseau caverneux lymphatique dont les sinus communiquent largement les uns avec les autres et sont partout revêtus de l'endothélium caractéristique. Dans les aréoles laissées libres par ce système, se trouvent placées les cavités thyroïdiennes. Celles-ci sont constituées par une membrane formée d'une couche unique d'épithélium polygonal et adossée directement, sur un grand nombre de points, à la paroi endothéliale des canaux lymphatiques. Les vaisseaux sanguins se frayent une voie, soit dans l'épaisseur des trabécules de tissu conjonctif, soit à travers les cavités lymphatiques elles-mêmes. — Dans l'état actuel de la science, il est impossible de déterminer la nature des fonctions du corps thyroïde; mais il semble, d'après cette étude, qu'on doive le rapprocher du groupe des organes lymphoïdes. — L.-G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Nous n'avons rien dit du phylloxera dans nos procédents bulletins, bien que chaque séance apporte son contingent de remèdes proposés contre ce fléau qui détruit en partie les vignobles du Midi, et qui étend toutes les années ses ravages. La multiplicité des remèdes indique leur peu d'efficacité. Cependant il en est un qui paraît devoir être réellement efficace, et c'est à la fois le plus simple, le plus ancien et le plus naturel de tous. M. Dumas racontait, dans une des dernières séances, que le comice agricole de Montpellier avait consacré tout un vignoble attaqué à l'examen comparatif des méthodes de traitement qui ont été jusqu'ici préconisées contre le phylloxera. Une seule des substances soi-disant toxiques a donné des résultats convaincants : c'est l'urine humaine. Par ses propriétés acides, par ses gaz et surtout par l'ammoniaque qu'elle contient, l'urine exerce une action aussi salutaire qu'énergique contre le phylloxera, en même temps que, comme engrais, elle reconstitue la vigne épuisée. Les expériences relatives à l'action de l'ammoniaque, tentées par M. Gueyraud, étaient de nature à faire prévoir ce résultat. Dans une lettre adressée à M. Dumas au commencement de juillet, M. Gueyraud disait : « L'ammoniaque à l'état gazeux exerce une action manifeste sur le phylloxera, qui passe au rouge en quelques secondes, et meurt rapidement. Les vieux phylloxera, les jeunes et les œufs sont également atteints de désorganisation sous cette influence. Malheureusement, ajoutait M. Gueyraud, la solubilité de ce gaz en rend l'application incer-

taine et la pénétration difficile, soit dans les couches profondes du sol, soit à une distance un peu éloignée du point où s'en opère le dégagement. »

C'est donc à l'urine qu'il en faut tout bonnement revenir. Nous disions que c'était un des moyens les plus anciennement connus. En effet, on trouve dans Columelle, — où l'on trouve tant de choses, — que : « l'urine humaine convient particulièrement aux arbres quand on la laisse vieillir pendant six mois. Répandue au pied des *vignes* et des arbres fruitiers, elle les rend plus féconds, et non-seulement elle accroit la production, mais elle améliore la saveur et l'odeur du vin et du fruit. »

« Un autre auteur latin, Palladius, dit aussi : Bêchez autour des *vignes malades*, ou dont le fruit se dessèche, et arrosez de vieille urine, de manière que les racines en soient imprégnées. » En somme, voici, selon M. Dumas, comment il convient de pratiquer le sauvetage des vignes envahies : « On arrose le pied des ceps chaque années, à deux reprises différentes, en novembre et en mars.

« Comme le phylloxera agit en masses sur les racines vers le milieu de l'automne, il faut, dans la première quinzaine de novembre, ouvrir au pied des vignes, au fur et à mesure de l'arrosage, une petite conque, et répandre contre le cep deux ou trois litres d'urine. Les eaux pluviales délayeront ce liquide de manière qu'il ne brûle pas les racines. Le second arrosage aura lieu dans la première quinzaine de mars, c'est-à-dire au moment de la transformation de l'insecte. »

L'urine humaine va donc devenir un liquide précieux, commercialement parlant. Espérons qu'on s'occupera de la recueillir avec les soins qu'elle mérite, et que, dans ce but, on rétablira partout ces *légalités* vert tendre qu'on voyait à chaque coin de rue il y a quelques années, et qui sont devenues, on ne sait pourquoi, si rares. Puisque l'urine a de si merveilleuses vertus, il est bien singulier qu'on soit obligé de payer les gens qui l'enlèvent. On devrait, au contraire, la leur vendre, ainsi que cela se pratique, non pas seulement en Chine, mais chez les nations agricoles les plus voisines de nous. C'est justice à tous les points de vue; quand il fait si cher boire, ce serait bien le moins qu'on y trouvât un peu de compensation.

Maintenant, l'urine humaine est-elle meilleure pour la vigne que l'urine des animaux? Cela n'est pas probable, si c'est par l'ammoniaque qu'elle agit. Pour faire l'éloge d'une belle grappe de raisin bien mûre, bien pleine, bien à point, on dit en Bourgogne que « le renard a pissé dessus. » — M. L.

FORMULAIRE

Pommade antihémorrhoïdale.

Propolis purifiée	8 grammes.
Huile d'olives	12 —
Onguent populéum	10 —
Extrait de saturne.	2 —

Mêlez, pour une pommade conseillée contre les hémorrhoïdes. — Bains de siége prolongés et lavements émollients. — N. G.

COURRIER

Le deuxième Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu cette année à Lyon, du 21 au 28 août.

Cette session a été préparée avec le plus grand soin par les actions combinées du bureau de l'Association et du Comité local de Lyon. Le bureau de l'Association se compose de :

M. de Quatrefages, de l'Institut, président; — M. Wurtz, de l'Institut, vice-président; — M. Levasseur, de l'Institut, secrétaire général; — M. Laussedat, lieutenant-colonel du génie, vice-secrétaire général; — M. Friedel, conservateur des collections à l'École des Mines, archiviste; — M. G. Masson, libraire-éditeur, trésorier; — M. C.-M. Gariel, ingénieur des ponts et chaussées, professeur agrégé à la Faculté de médecine, secrétaire du Conseil.

Le Comité local renferme dans son sein la plupart des notabilités de la ville de Lyon.

Le Congrès s'occupera de toutes les questions qui lui seront soumises, et qui sont relatives aux sciences : Sciences mathématiques; — Sciences physiques et chimiques; — Sciences naturelles; — Sciences économiques.

L'Association poursuit un but élevé et patriotique : la régénération intellectuelle de la France; sa devise est : « Par la Science; pour la Patrie »; elle compte sur l'appui et le concours de tous ceux qui voient dans les progrès des sciences une nécessité pour l'époque actuelle, et qui s'intéressent directement ou indirectement à ces progrès.

Le secrétariat est chargé de fournir tous les renseignements relatifs aux conditions nécessaires pour faire partie de l'Association, assister au Congrès de Lyon et jouir des avantages qui sont accordés aux membres de l'Association.

Les demandes doivent être adressées à M. C.-M. Gariel, secrétaire du Conseil, 76, rue de Rennes.

LES MOUCHES, LES MOUSTIQUES. — Une plaie, qu'on peut sans exagération qualifier de terrible, désole en ce moment les contrées méridionales, plus particulièrement atteintes cette année de chaleurs torrides. C'est

Cet animal ailé
Que nous avons mouche appelé.

Les irritantes et incessantes attaques dont l'homme et les animaux sont l'objet de la part de cet insecte, les souillures dont il couvre les meubles, le linge, les aliments ; les cas d'excitation folle auxquels il réduit les bestiaux en général, peuvent à peine être évités, malgré les précautions que l'on prend dans les villes et les campagnes.

On se préserverait plutôt d'une bande de loups-cerviers que d'un essaim de mouches ou de moucherons, cousins, moustiques, etc.

Certains pays dans le midi de la France sont fréquentés plus particulièrement par les mouches : la Provence, le Languedoc, le Dauphiné. Les côtes de l'Italie en sont infestées.

L'abondance de ces insectes est telle dans les départements de la Drôme, de Vaucluse, des Bouches-du-Rhône, du Var, des Alpes-Maritimes, que l'industrie a dû s'exercer pour inventer des engins de destruction ou de préservation.

On connaît à Paris l'usage du papier empoisonné dit : *tue-mouches*, exportation espagnole désignée : *papel mata-moscas*, fort employé aussi dans le Midi, mais qui a le grave inconvénient que voici : les mouches empoisonnées ne meurent pas dans l'assiette où est le papier, elles vont rendre le dernier soupir sur le potage, sur le ragoût ou le fromage qui sont sur la table.

On emploie utilement dans plusieurs départements un appareil fait en toile métallique, dans l'intérieur duquel les mouches pénètrent pour sucer du sucre ou tout autre objet et n'en peuvent plus sortir.

Dans les magasins où sont en dépôt du sucre, de la réglisse, du beurre, etc., on étale des assiettes pleines d'un poison liquide qui offre le même inconvénient que le papier tue-mouches. Dans ces magasins, le sol, les tables, les bureaux, les étagères sont jonchés de mouches mortes.

On voit dans beaucoup de salles de restaurant des rubans blancs, larges de 4 ou 5 centimètres, se croisant près du plafond et se développant sur la longueur de la salle. Ce sont des engins non destructeurs, mais accapareurs de mouches. Les mouches, attirées par ces lignes blanches, s'y posent pendant quelque temps et laissent les dîneurs en repos.

Dans les salles et les cuisines dépourvues de ces appareils, les mouches pullulent et obscurcissent l'air.

Les nappes des tables des restaurants sont littéralement noircies par les mouches.

Les maisons bourgoises ne sont pas exemptes de ce fléau.

Pendant les repas on est fort incommodé, et l'on doit charger un domestique armé d'un plumeau fait en morceaux de papier ou d'une branche de mûrier ou de peuplier, de chasser ces hôtes importuns : *Puer, abige muscas !*

Sur les places publiques, dans les rues, dans les écuries ou les étables, on voit de malheureux animaux couverts de mouches qui sucent leur sueur.

C'est sous le ventre que ces insectes se posent de préférence.

On constate des cas d'excitation folle chez les ânes et les mulets qui sont devenus la proie des mouches.

Il y a une espèce de mouche dite bovine qui pénètre dans les yeux et les narines des bestiaux, et les rend furieux.

Le seul moyen de se préserver des mouches, dit le *Journal des Débats*, est de se renfermer dans une complète obscurité. La mouche se plaît au jour et au soleil. Les appartements où règne un demi-jour en sont à peu près exempts.

ERRATUM. — Dans le discours de M. Fauvel (compte rendu de l'Académie de médecine), lisez : « Il est nécessaire que ce service (le service de santé) soit placé sous la direction d'un médecin et ait toutes les attributions qui relèvent de sa compétence, » au lieu de : « qui relèvent de ce service. »

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

LEÇONS FAITES A LA FACULTÉ, AUX COURS COMPLÉMENTAIRES DU SOIR, SUR LES SIGNES DIAGNOSTIQUES ET PRONOSTIQUES TIRÉS DE L'EXAMEN DU CŒUR ET DE L'AORTE THORACIQUE (1).

Bruits cardiaques morbides et leur valeur. — Qu'il n'y a pas de lésions compensatrices. — Signes pratiques de l'hypertrophie du cœur.

Par M. Michel PETER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, etc.

(Leçon recueillie par M. le docteur Henri HUCHARD, ancien interne des hôpitaux.)

Messieurs,

Vous avez vu dans la dernière leçon que, dans l'insuffisance aortique survenant à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, il n'y a pas de lésion de l'aorte, et par conséquent ni dilatation de cette artère, ni douleurs névritiques du plexus cardiaque. C'est qu'alors il s'agit d'*une maladie du cœur* qui a intéressé particulièrement l'endocarde, tandis que, dans l'insuffisance aortique survenant chez les vieillards, les goutteux, les alcooliques et les fumeurs, l'altération a envahi de proche en proche la totalité des tuniques artérielles. Nous avons affaire, dans ce dernier cas, à une *maladie de l'aorte*, caractérisée par la dilatation de ce vaisseau, par des douleurs plus ou moins vives siégeant sur le trajet des nerfs cardiaques et phréniques, et par des menaces continuelles d'angine de poitrine. Il y a donc lieu d'établir une différence importante entre l'insuffisance aortique d'origine endartéritique et celle d'origine endocarditique : la première étant bien autrement grave que la seconde.

Quant aux lésions mitrales, elles naissent de façons très-diverses, ainsi que vous allez le voir. Mais, au préalable, permettez-moi de formuler à leur égard trois propositions fondamentales :

1° De toutes les maladies primitives du cœur, les *lésions mitrales* sont les *plus fréquentes;*

2° De toutes les lésions mitrales, c'est l'*insuffisance* qui est la *plus habituelle;*

3° Dans les affections aiguës, l'*insuffisance mitrale seule* est *possible.*

Mais le rhumatisme n'est pas la seule cause capable de retentir sur la membrane

(1) Suite. — Voir les numéros des 25 mars, 12, 22 avril, 13 mai, 10 et 12 juin.

FEUILLETON

CHRONIQUE ÉTRANGÈRE

Le choléra ; traitement par le lait. — Réalité de la phthisie fibroïde. — L'instruction médicale en Prusse. — La succession de Liebig. — Un jugement en règle. — Le vaccin en poudre. — Pharmacopée universelle. — La triméthylamine. — *Meeting* de l'Association médicale britannique. — Reconnaissance anglaise. — Nouvelles. — Nécrologie.

On s'occupe du choléra beaucoup plus à l'étranger qu'en France. La raison en est bien simple; après s'être montré dans la plupart des capitales : Saint-Pétersbourg, Varsovie, Berlin, Vienne, Dresde, Hambourg, Venise, Londres même, le monstre asiatique a jusqu'ici respecté Paris, la capitale des capitales. Cela suffit au Français sédentaire, casanier et imprévoyant, qui ne voit rien au delà de son horizon et ne s'inquiète du danger que quand il frappe à sa porte. Nos récents désastres l'ont bien prouvé. On ne veut pas troubler sa quiétude en s'en préoccupant d'avance, et, malgré l'avertissement de la cholérine qui en est l'avant-coureur, le prodrome infaillible, on est mal venu à le signaler au public, alors qu'il nous menace de tous côtés. On néglige les mesures hygiéniques les plus élémentaires pour s'en préserver. Mais je parle ici à des médecins, qui comprendront mieux l'intérêt de mes renseignements.

Le fléau ne s'est montré, jusqu'ici, que très-peu épidémique. On nie même carrément ce caractère à Vienne pour les besoins de l'Exposition. Tant qu'il s'est borné à sévir sur quelques étrangers dans des hôtels meublés, on a pu le déclarer sporadique et même en céler les

interne du cœur, et il est démontré maintenant que la plupart des maladies fébriles générales peuvent déterminer l'endocardite. Ainsi, vous savez que les complications cardiaques s'observent quelquefois dans la rougeole, qu'elles sont loin d'être rares dans la scarlatine, et qu'elles sont assez fréquentes dans la variole, comme il résulte des travaux de MM. Desnos et Henri Huchard; elles se montrent aussi dans la fièvre puerpérale et, enfin, dans la diphthérie, où MM. Bouchut et Labadie-Lagrave ont signalé tout dernièrement leur existence. Mais c'est le rhumatisme qui a sur l'endocarde l'influence la plus défavorable; c'est lui qui frappe principalement les tissus bassement organisés, les membranes conjonctives, les toiles séreuses, les synoviales des articulations et des tendons, et enfin l'endocarde, qui est constitué, comme vous savez, par un tissu épithélial élémentaire, ne vivant pas de sa vie propre. Donc, étant donnée une cause d'altération, ce sera le tissu le moins résistant qui sera le plus altéré. Or, si nous étudions les points où l'altération est le plus prononcée, nous verrons que c'est d'abord là, comme pour l'endartère, où la fatigue est le plus grande et l'usure le plus prononcée.

En effet, le ventricule gauche fonctionne plus que le ventricule droit, le ventricule plus que l'oreillette; donc l'endocardite doit être plus fréquente à gauche qu'à droite, plus fréquente aussi dans le ventricule que dans l'oreillette.

De plus, l'endocarde valvulaire sera plus atteint dans le ventricule que le pariétal, et dans les points qui sont plus fortement frappés par l'ondée sanguine.

Enfin, des valvules mitrale ou sigmoïdes, ce seront les lames de la valvule mitrale qui seront plus altérées, et vous allez en comprendre très-facilement la cause: Lors de la systole ventriculaire, le sang est arrêté par la valvule mitrale dont les lames subissent alors une énorme pression. Quand le ventricule est dans l'état de dilatation, les valvules sigmoïdes sont soumises à une pression de pesanteur augmentée de la force d'élasticité artérielle; mais cette pression n'est pas comparable à celle que subit la valvule mitrale; donc celle-ci, étant plus fatiguée, doit être plus souvent altérée que les valvules sigmoïdes, et l'altération doit surtout porter sur les points qui frottent le plus les uns sur les autres, c'est-à-dire sur la face auriculaire de la valvule bicuspide, et principalement sur ses bords libres.

C'est aussi pour la même raison que la face ventriculaire des valvules sigmoïdes est plus souvent lésée que la face opposée.

Dans les affections aiguës, l'insuffisance mitrale est seule possible, et vous en comprendrez très-bien la raison, si vous vous rappelez ce qu'est une endocardite.

---

cas. Des visiteurs de l'Exposition ont ainsi pu en ignorer l'existence, et n'apprendre qu'à leur retour le danger qu'ils avaient couru. Une explosion de 191 cas du 11 au 17 juillet, dont 46 le 15, a rendu toutes ces précautions inutiles. Heureusement, cette intensité momentanée a bientôt cédé, et les cas en sont assez rares aujourd'hui pour nier de nouveau l'épidémie. Sa persistance en Hongrie, à Prague, à Breslau, répond à cette prétention.

Son irruption en Italie par la Vénétie et la province de Trévise, l'envahissement consécutif de celle de Vérone et du Frioul prouvent aussi son caractère épidémique, quoique très-atténué sur les épidémies précédentes. De 43, du 11 au 14 juillet inclusivement, dont 13 morts, les cas ont graduellement augmenté en Vénétie; 4, 10, 11, 19, 14, 18, 14, 32, 16, 22 sont les chiffres des nouveaux cas survenus journellement du 15 au 25. Aucun quartier de la ville, pas un endroit de la province n'en sont exempts. Si une certaine lenteur caractérise cette épidémie dans ses progrès et sa diffusion, elle n'en est pas mois réelle et incontestable.

Elle persiste aussi dans la province de Trévise et le Frioul par des cas isolés. Un premier cas a éclaté à Padoue le 18 juillet sur un carabinier venant de Florence, suivi de 3 autres, dont 2 mortels dans la même fabrique, qui a été aussitôt séquestrée. Deux autres cas ont eu lieu à Arzerello di Piove, manifestement importés de Melma. Le Milanais est, jusqu'ici, indemne, et son conseil sanitaire demande aux provinces voisines envahies de faire des fumigations pour se préserver. Quelle illusion!

On écrit de Londres: « Deux cas non douteux de choléra asiatique, dont un mortel, viennent d'être signalés au docteur Simon, médecin du conseil privé, comme importés de Hambourg. Les mesures nécessaires ont aussitôt été prescrites pour prévenir l'extension et le renouvellement de cette importation. »

Une surveillance sanitaire de nos ports et de nos frontières de l'Est, surtout, est donc

C'est une inflammation de l'endocarde produisant une prolifération de noyaux, de cellules et des plaques de prolifération. Celles-ci interceptent des hiatus, de petits sinus plus ou moins nombreux sur des surfaces qui cessent d'être lisses, et alors l'insuffisance a lieu. C'est là une première cause d'insuffisance aiguë. De plus, les muscles papillaires, qui ont pour fonctions de tendre les valvules, se trouvant en rapport avec des surfaces enflammées, ne se contractent plus ou se contractent mal, il peut y avoir contracture ou paralysie; la tension des valvules est défectueuse ou insuffisante, ce qui constitue une seconde cause d'insuffisance.

Vous reconnaîtrez cette lésion par l'existence d'un bruit de souffle siégeant au-dessous du mamelon et se produisant au premier temps de la révolution cardiaque; de sorte que si, dans un rhumatisme articulaire aigu, vous constatez ce signe, vous pourrez affirmer que la valvule mitrale est enflammée et qu'elle est insuffisante; ce qui n'est pas, vous le voyez, sans importance.

Mais, dans un grand nombre de rhumatismes articulaires aigus, il vous sera donné d'entendre un bruit de souffle sus-mamelonnaire au premier temps, et se prolongeant dans les vaisseaux du cou. Or, il n'est pas sans intérêt de savoir si vous avez affaire à une affection organique du cœur ou si ce souffle n'est que l'expression de l'état anémique du sujet. Eh bien, si le malade est atteint pour la première fois d'une attaque rhumatismale, vous pouvez affirmer que le bruit morbide est produit par l'anémie; car, si le bruit de souffle sus-mamelonnaire au premier temps est caractéristique d'un rétrécissement aortique, vous ne devez pas oublier que cette lésion est l'œuvre du temps, qu'il faut des années pour que ce cercle tendineux de l'aorte se rétrécisse, et qu'enfin cette collaboration du temps est nécessaire, indispensable. De mois en mois, d'année en année, sous l'influence permanente ou répétée de l'inflammation, le tissu fibreux se rétracte, et seulement alors le rétrécissement se produit. — Plus tard, le diagnostic devient plus difficile, mais il n'est pas encore impossible. Si le malade a eu plusieurs attaques de rhumatisme, il y aura déjà une probabilité pour que le bruit de souffle soit dû à une lésion organique; si ce bruit est dur, rude, râpeux, ce sera une seconde probabilité; et si en même temps le pouls est petit, vous aurez alors réuni le faisceau de signes qui doivent vous faire admettre l'existence d'une affection organique. Ainsi donc, attaques antérieures de rhumatisme, âge avancé, rudesse du bruit, petitesse du pouls, tels sont les caractères qui vous permettent de diagnostiquer un rétrécissement aortique. Au contraire,

---

indispensable pour que l'ennemi ne nous surprenne pas. Des mesures hygiéniques sont aussi nécessaires à l'intérieur, afin qu'introduit accidentellement dans la place, il y trouve une résistance vigoureuse, invulnérable. C'est le plus sûr moyen.

La thérapeutique, en effet, ne s'enrichit guère contre cette redoutable maladie. Je ne trouve à signaler que les *injections veineuses du lait*, qu'un médecin canadien, le docteur Hodder, vient de rappeler tardivement comme les ayant employées avec succès, lors de la dernière épidémie, pour rendre au sang sa fluidité. C'est donc une imitation de la transfusion du sang, et même de l'injection de l'eau simple tentée par Magendie, ou de l'eau salée faite par M. Lorain. Ici, c'est du lait de vache récemment trait et filtré, chauffé au bain-marie dans la seringue, que l'on injecte dans la jugulaire à la dose de 200 grammes à la fois. Sur trois cholériques qui y ont été soumis *in articulo mortis*, c'est-à-dire dans le collapsus avec algidité, vomissements, selles riziformes et anurie, un seul a succombé, et encore est-ce parce que l'injection n'a pu être renouvelée. Mais ces prétendus succès n'ont pas empêché l'administration et les médecins de l'hôpital où ils ont eu lieu de s'opposer à la continuation de ces tentatives dangereuses, dont le résultat reste ainsi incertain.

Le docteur Albertoni, aide de physiologie à l'Université de Padoue, les a complétées sur les animaux. Du 2 juin au 7 juillet dernier, il a injecté 100 grammes de lait frais et pur dans la jugulaire externe d'un chien et de 20 à 50 grammes à des lapins. Tous sont morts immédiatement, en offrant à l'autopsie une cyanose uniforme des muqueuses avec pâleur et flaccidité des poumons.

Devant cette infirmation expérimentale des succès précédents, M. Albertoni en a cherché la cause, et le microscope lui a révélé la déformation rapide des globules sanguins au contact du lait et de l'eau, tandis qu'ils conservent parfaitement leur forme dans le sérum du lait,

si le malade est à sa première attaque, s'il est jeune, si le bruit de souffle n'est pas rude, si le pouls est normal, le souffle sera le symptôme de l'anémie.

Messieurs, comme le rétrécissement aortique, le rétrécissement mitral se fait lentement; comme lui aussi, on ne l'a jamais observé dans une première attaque aiguë de rhumatisme. Les signes qui permettent de reconnaître cette affection sont importants et méritent d'être étudiés avec soin.

On a prétendu que si l'orifice auriculo-ventriculaire est rétréci, le sang doit passer, pendant la diastole, avec bruit; donc, il doit se produire un bruit de souffle au second temps et à la pointe. Or, cette théorie est inexacte, et il vous sera facile de vous en convaincre si vous réfléchissez que, lorsque le sang va de l'oreillette dans le ventricule, il passe d'une façon passive, parce que les oreillettes sont à peine douées de contractilité. En un mot, le sang pénètre dans le ventricule sans effort et sans bruit, sous l'influence de la *vis à tergo*, de la pesanteur, et du vide auquel donne lieu la diastole ventriculaire. Or, dans le rétrécissement mitral, s'il est considérable et que l'oreillette soit hypertrophiée, le sang passera, au moment de la systole auriculaire, avec effort et bruyamment, de l'oreillette dans le ventricule; aussi, comprenez-vous fort bien alors que le bruit anormal aura lieu avant la systole ventriculaire; qu'il sera, en un mot, *présystolique*. Mais ce signe physique, d'une importance capitale lorqu'il existe, peut manquer lorsque le rétrécissement est peu considérable ou que l'oreillette n'a subi aucun travail d'hypertrophie.

Vous pourrez alors observer assez souvent un autre signe : le dédoublement du deuxième bruit normal. Il est facile de concevoir en effet que, dans le cas de rétrécissement mitral, le ventricule droit se remplira plus rapidement et qu'il se videra plus vite que le ventricule gauche, et que, par conséquent, le claquement sigmoïdien pulmonaire doit se faire avant le claquement sigmoïdien aortique. Ce qui cause, en un mot, le dédoublement dans ce cas, c'est le défaut d'isochronisme des claquements sigmoïdiens.

Maintenant, vous pouvez n'entendre ni bruit anormal ni dédoublement, au cas de maladie cardiaque rendue cependant évidente par la série habituelle des troubles consécutifs qu'elle entraîne; or, c'est en vous fondant sur l'existence de congestions viscérales, d'hydropisies, de palpitations, d'irrégularités et d'intermittences cardiaques, que vous pourrez faire le diagnostic du rétrécissement mitral.

---

même à réaction acide. Imitant M. de Belina, qui a défibriné le sang pour le transfuser, M. Albertoni a injecté le petit lait filtré et chauffé au bain-marie dans la seringue, à 30° C. environ, à 2 chiens et 2 lapins sans en observer aucun effet nocif. D'où il conclut qu'une quantité de sérum équivalant au dixième de la masse totale du sang chez l'homme peut lui être transfusée avec innocuité contre le choléra (*Gazz. med. Venete*, juillet).

Rien ne montre, toutefois, que ce moyen réussira chez les cholériques, car si la même contradiction existe que pour le lait, le sérum, favorable aux animaux, ne manquera pas d'être fatal à l'homme. C'est donc un simple renseignement que nous donnons.

En voici un autre. Nous mettions en doute, dans notre dernière *Chronique* du 3 juin, l'existence de la phthisie fibroïde admise par les Anglais comme espèce distincte. M. le docteur L. Thaon, qui, par sa thèse récente sur l'*Anatomie pathologique de la tuberculose*, s'est montré des plus compétents en cette matière, nous écrit de Nice : « A cet égard, j'ai vu, dans les 250 autopsies de phthisiques que j'ai faites en 1871 et 1872, qu'un tiers des phthisiques environ succombaient à cette infiltration grise, scléreuse, qui envahissait leurs poumons jusqu'à ne laisser qu'un champ respiratoire minime; mais ces lésions coïncidaient toujours avec d'autres vraiment tuberculeuses, granulations et pneumonie caséeuse. *Seule et isolée*, cette infiltration n'aurait aucune valeur, car elle se rencontre également dans la phthisie des rémouleurs, dans la phthisie des ouvriers qui préparent la soie, et, en somme, dans tous les cas où il y a une irritation permanente dans les poumons; mais on ne peut nier qu'elle acquière une grande importance dans la phthisie en raison de sa fréquence. J'ai également rencontré une variété de granulations que j'ai appelées *fibreuses* ou de Bayle, et qui reviennent à cette forme. »

Ce n'est donc pas là une espèce spéciale, mais une forme particulière, terminale, qui déter-

Messieurs, vous connaissez maintenant les signes physiques du rétrécissement aortique et du rétrétissement mitral; vous savez que, dans le premier cas, il se produit un bruit de souffle au premier temps dans la région sus-mamelonnaire; que le second est caractérisé souvent par un bruit présystolique dans la région sous-mamelonnaire. Or, ce n'est pas ainsi qu'on désigne d'ordinaire le siége des bruits de souffle cardiaque, et vous savez qu'on les localise à la base et à la pointe. Mais on n'a pas réfléchi que les rapports de la base et de la pointe du cœur sont sujets à de fréquents changements, surtout dans les affections cardiaques; aussi ai-je pris depuis quelque temps déjà, pour point de repère, le mamelon qui se voit, qui ne change pas, et ai-je divisé les bruits de souffle en *bruits sus et sous-mamelonnaires*. Tous les bruits sous-mamelonnaires indiquent une lésion organique; quant aux bruits sus-mamelonnaires, ils sont symptomatiques d'une maladie organique ou d'une simple anémie. Vous verrez, du reste, dans le tableau suivant, la signification des bruits anormaux du cœur.

BRUITS SOUS-MAMELONNAIRES :

Premier temps, systoliques . . .	Insuffisance mitrale.
— présystoliques .	Rétrécissement mitral.

BRUITS SUS-MAMELONNAIRES.

Au premier temps.	Rétrécissement aortique ou anémie.
Au deuxième temps, toujours organiques	Insuffisance aortique.

J'ai démontré que, dans l'insuffisance mitrale, le bruit de souffle n'a pas son maximum d'intensité à la pointe. En effet, le son se propage du côté où se dirige l'onde sonore, et, par le fait de la lésion mitrale, l'ondée rétrogradant du ventricule dans l'oreillette, il semble dès lors extraordinaire que le bruit morbide ait lieu à la pointe. Du reste, pour en avoir la démonstration, j'ai maintes fois répété l'expérience suivante : je déterminai très-exactement le point maximum du bruit de souffle, et je le marquai par deux lignes en croix avec le crayon de nitrate d'argent. Après la mort, une broche, que j'enfonçai à l'intersection de ces lignes, tomba dans le cœur sur la valvule mitrale, vers la partie moyenne du ventricule, et non à la pointe. Le cœur était hypertrophié et était par conséquent descendu; le maximum du bruit s'entendait bien à la place de la pointe du cœur normal, mais à la

---

mine souvent la mort. Nos voisins et confrères d'outre-Manche ont à revenir là-dessus comme sur l'origine adénoïde du tubercule, cette autre erreur de M. Virchow.

Décidément, le crédit et l'autorité, jadis si incontestés universellement de ce grand maître, paraissent décliner jusqu'à Berlin même. Il y a vingt ans, de célèbres maîtres y allaient exclusivement pour le voir et l'entendre; aujourd'hui, les étudiants font même défaut dans cette Université célèbre. Leur diminution est *terrible*, dit la *Berliner Wochenschrift*, et cette expression est justifiée par le tableau suivant :

	1871-72	1872-73
Semestre d'hiver.	2,603	1,918
Id. d'été.	1,990	1,590

Cette diminution graduelle est si rapide que le nombre actuel des étudiants, à Berlin, est au-dessous de celui de 1862 : 1704. Ils sont aussi moins nombreux que l'année dernière à Bonn, considéré comme une résidence d'été; et, à Greifswald, ils ont diminué de 346 à 298.

Est-ce que déjà les yeux se seraient dessillés sur tout ce qu'a de trompeur et de décevant la médecine expérimentale et soi-disant positive que l'on enseigne avec le microscope et les réactifs? Non. On attribue ce délaissement général de l'Université de Berlin à l'augmentation considérable des dépenses pour vivre dans cette capitale du nouvel Empire. Mais, si les étudiants y trouvaient une compensation par une instruction et des moyens d'étude supérieurs, en quitteraient-ils si rapidement le chemin? objecte judicieusement le *Medical Times*. La vérité est que les cliniques y sont insuffisantes comme les laboratoires. L'agrandissement et les succès de l'Empire ont tourné toutes les têtes, et chacun veut s'enrichir rapidement en

partie moyenne du cœur augmenté de volume. Par conséquent, c'est employer une locution vicieuse que de dire que le bruit de l'insuffisance mitrale s'entend à la pointe du cœur.

Messieurs, les lésions cardiaques peuvent exister chez le même individu à des orifices différents, et, à ce sujet, il nous est venu d'outre-Rhin une théorie étrange, invraisemblable, paradoxale, que nous avons trop facilement accueillie, et par laquelle on admet des lésions compensatrices. Cela veut dire qu'il y aurait des lésions ayant pour effet d'amoindrir au lieu d'aggraver la lésion première et principale. Ainsi, d'après cette théorie, le rétrécissement mitral serait une lésion compensatrice de l'insuffisance, et l'association, chez le même malade, de ces deux lésions serait plutôt un bien qu'un mal. L'explication est bien simple, trop simple même : l'insuffisance mitrale est constituée par un hiatus par lequel le sang rétrograde, au moment de la systole ventriculaire, du ventricule dans l'oreillette; par conséquent, si à cette insuffisance se joint un rétrécissement, la rétrogradation du liquide sanguin sera moindre, et les conséquences de l'insuffisance amoindries. Mais on n'oublie qu'une chose, c'est que l'oreillette se vide plus difficilement, pour deux raisons : par suite du rétrécissement et par suite de la régurgitation du sang; on n'a pas vu que les veines pulmonaires déversent aussi plus difficilement leur contenu; on n'a considéré que les phénomènes grossièrement mécaniques de la circulation cardiaque, et on a laissé tout simplement de côté l'organisme, qui a ses besoins, qui attend un liquide nourricier qui circule mal et dont l'hématose se fait trop lentement. En vérité, ce n'est point là une théorie de médecin. Où sont les observations à l'appui? En quel nombre? Quand et par qui recueillies?

Mais ce n'est pas tout, et nous allons suivre cette théorie jusque dans ses dernières conséquences. Le rétrécissement mitral et l'insuffisance aortique sont deux lésions compensatrices. Vous comprenez bien, n'est-ce pas? Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont insuffisantes et permettent au sang de refluer dans le ventricule; si votre malade possède en même temps un rétrécissement mitral, il arrivera moins de sang dans le ventricule; donc, le ventricule lancera moins de sang dans l'aorte; donc encore, l'aorte rendra moins de sang par ses valvules insuffisantes. En vérité, le raisonnement est des plus étranges.

Mais les partisans des lésions compensatrices invoquent encore ici d'autres raisons : Le rétrécissement mitral produit des congestions viscérales multiples, et,

---

quittant les voies lentes et laborieuses des sciences, et de la médecine en particulier, pour le commerce et l'industrie. C'est un bon signe pour notre revanche, si nous savons en profiter.

Déjà il est très-difficile de remplacer Liebig. Deux noms sont seulement mis en avant pour lui succéder à Munich : Hoffmann, de Berlin, — un Anglais germanisé, — et Kekulé, de Bonn. Les Allemands ne sont donc pas si riches en savants.... chimistes au moins. Il est douteux que le premier change sa position actuelle à Berlin. C'est le célèbre théologien Dollinger qui lui a succédé comme président à l'Académie des sciences de Munich.

D'Amérique, voici un jugement que la jurisprudence universelle devrait bien s'approprier pour la sauvegarde des malades et la répression du charlatanisme : Un procès en diffamation ayant été intenté par un *doctor* Ryan, vendeur d'un remède secret, contre l'*American Agriculturist* de New-York, le juge Brady a rendu un jugement basé sur ces considérants :

1° Qu'un médicament présenté et vendu comme un antidote, et qui ne l'est pas, est une tromperie et une fraude;

2° Que le vendeur de ces remèdes secrets, qui les débite sans des preuves suffisantes de son efficacité, doit supporter les conséquences de ses affirmations si elles sont fausses;

3° Que tous ceux qui tentent de spéculer sur la crédulité des malades ou des infirmes doivent être tenus à une stricte responsabilité.

Que de justes applications l'on en pourrait faire s'il était universellement adopté!

Le nouveau monde s'enrichit d'ailleurs tous les jours aux dépens de l'ancien. Une Université américaine vient d'acquérir l'une des deux séries de préparations anatomiques du professeur Hyrtl, qui figuraient à l'Exposition de Vienne. Un journal de la Virginie publie aussi une lettre inédite de Jenner, écrite le 8 septembre 1805, à John Bolton, de Savannah, rappelant

d'un autre côté, l'insuffisance aortique produit l'anémie des organes; par conséquent, le malade porteur de ces deux lésions sera au comble du bonheur, puisque l'une favorise les congestions et que l'autre s'y oppose par anémie.

Cependant on veut bien reconnaître qu'il y a des lésions aggravantes. A cette dernière catégorie appartiennent le rétrécissement aortique et l'insuffisance mitrale, car si le ventricule se vide plus difficilement, le sang aura plus de tendance encore à refluer vers l'oreillette; le rétrécissement aortique et le rétrécissement mitral, puisque dans ces deux cas il existe une difficulté de réplétion du système aortique et du ventricule.

Eh bien, Messieurs, d'après moi, *toutes les lésions du cœur sont aggravantes,* et admettre des lésions compensatrices, c'est ne voir dans toutes les affections du cœur que les altérations d'un corps de pompe, c'est laisser de côté la masse tout entière du sang et l'organisme avec ses besoins. Ainsi, pour ne vous en citer qu'un exemple, supposez un rétrécissement mitral uni à une insuffisance mitrale, deux lésions dites compensatrices, selon la théorie allemande : le globule sanguin A franchit avec la plus grande difficulté l'orifice rétréci; puis, sous l'influence de l'insuffisance, ce même globule, qui avait eu tant de peine à passer dans le ventricule, reflue de nouveau dans l'oreillette, et, pendant ce temps-là, l'organisme attend, malheureux et affamé, son globule qui ne vient pas. Vous voyez donc qu'on a oublié dans cette théorie, fausse de tout point, la masse du sang et l'organisme avec ses besoins.

Enfin, beaucoup d'auteurs admettent tout un système de compensation par hypertrophie du cœur. Je vous ai déjà dit que l'hypertrophie survient par excès de fonctionnement, par la mise en œuvre exagérée de la contractilité, et que jamais un cœur hypertrophié ne réussit à compenser la lésion; vous savez aussi que le cœur s'hypertrophie non *pour* lutter, mais *parce qu'*il lutte; de sorte que, plus cet organe sera hypertrophié, plus il aura lutté, plus il sera proche de l'épuisement de sa force dynamique, de sa contractilité. Or, je dois vous indiquer un moyen facile et pratique de reconnaître l'hypertrophie du cœur par le simple toucher ou par la vue, et sans intervention de la percussion ni de la mensuration. Vous savez que, normalement, le choc cardiaque se fait sentir dans l'espace intercostal immédiatement situé au-dessous du mamelon et en dedans de celui-ci. Or, toutes les fois que vous verrez battre le cœur dans le deuxième, et à plus forte raison dans le troisième espace intercostal situé au-dessous et en dehors de la ligne mamelonnaire,

---

qu'il s'est appauvri pour propager sa découverte à Londres. Que dirait-il de la tentative suivante pour la perfectionner?

Selon le docteur Margotta, de Naples, le virus vaccin animal, bien desséché et réduit en poudre impalpable, servirait avec avantage à la vaccination pendant plusieurs mois. Il suffirait de pratiquer une petite incision de la peau et d'y introduire une dose infinitésimale de la poudre, qui s'humidifie par les liquides exhalés, pour avoir une vaccination infaillible, à l'abri des insuccès et des complications de la vaccine ordinaire. La facilité d'envoi et de conservation de cette poudre assurerait la vaccination universelle..... Après tous les efforts tentés par les partisans du vaccin animal pour le populariser, malgré leurs échecs renouvelés, il n'y a plus qu'à tirer l'échelle. C'est en voulant avancer ainsi par force qu'on recule.

Une proposition plus rationnelle a été faite par MM. de Christoforis et Zambeletti, de Milan, à la conférence médicale de Vienne. C'est de mettre en discussion le plan d'une *Pharmacopée universelle,* dont on s'est déjà occupé en divers pays. Le comité exécutif a accepté. Tous ceux qui désirent la réalisation de ce progrès si désirable peuvent ainsi adresser leur adhésion motivée à Vienne, ou au docteur de Christoforis, rue Monforte, 14, à Milan.

Le fait est d'ailleurs consacré par l'usage. Tous les médicaments nouveaux, le chloroforme, le chloral, l'acide phénique, par exemple, ne sont-ils pas universellement adoptés et inscrits dans toutes les pharmacopées? La propylamine est également en train de faire son tour du monde. Une nouvelle preuve de son influence directe sur la circulation ou le *sacré vocable,* comme on dit maintenant, vient ainsi d'être donnée à Lisbonne. M. le docteur Alvarenga l'ayant employée à la dose de 1 à 3 grammes par jour contre une pleuro-pneumonie au second degré, chez un homme de 35 ans, vit la température s'abaisser dès le lendemain de 40°,3 à 39°,2; le pouls tomber de 102 à 96, et à 92 le surlendemain, et la respiration de

vous pourrez affirmer qu'il y a hypertrophie du cœur; car cet organe, en s'hypertrophiant, glisse sur le diaphragme et descend, de sorte que le choc doit se faire et se fait plus bas.

Que si ce moyen rapide ne vous suffit pas, alors vous trouvez que la matité précordiale, au lieu de mesurer, comme à l'état normal, dans le sens d'une ligne verticale mamelonnaire, 12 centimètres, atteint 14, 15 et même 16 centimètres.

Ainsi donc, pour savoir si, dans une lésion d'orifice, le cœur est hypertrophié, vous avez encore pour point de repère le mamelon qui nous a servi tout à l'heure pour la localisation des bruits de souffle.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE URÉTHRALE PAR LES INHALATIONS D'HUILE ÉTHÉRÉE.

Résumé d'un travail du professeur Zeissl, de Vienne.

On sait depuis longtemps, même dans le peuple, que l'éther balsamique et particulièrement la térébenthine, pris à l'intérieur, communiquent à l'urine une odeur particulière de violette. Cependant, il y a peu d'années, le passage de l'huile éthérée dans l'urine a été mis en question, et l'on a conclu, des recherches faites, que la guérison des écoulements blennorrhagiques ne doit pas être attribuée à l'huile éthérée des balsamiques, mais bien aux acides résineux qui entrent dans leur composition.

M. le docteur Weikart a étudié ce sujet et consigné le résultat de ses recherches dans les *Archives de thérapeutique de Wagner* pour l'année 1866. En voici le résumé :

Il prit dans l'espace d'une heure, en deux doses, un drachme d'huile éthérée, et il soumit à l'analyse chimique et microscopique la quantité d'urine recueillie une demi-heure après l'ingestion du médicament. En traitant l'urine par un acide minéral énergique, il ne découvrit pas ce dépôt opalin particulier, sur lequel Rees et Simon, et plus tard le physiologiste Valentin, ont attiré l'attention et qui caractérise la présence de l'huile éthérée. L'examen du liquide à l'aide du polarimètre ne la fit pas reconnaître davantage. Le docteur Weikart en conclut que la vertu médicatrice des balsamiques ne réside pas dans cette huile, mais bien dans les acides résineux qui entrent dans leur composition.

D'ailleurs, dit le professeur Zeissl, dans les cas de blennorrhagies où j'ai employé les acides en question, j'ai obtenu une amélioration très-rapide, tandis que mes tentatives avec l'huile éthérée sont restées infructueuses. Dans la pensée que peut-être la plus grande partie de

---

48 à 32, avec diurèse et transpiration abondantes. Si l'on ne peut rien dire d'un fait, celui-ci encourage du moins à renouveler l'expérience. (*Gaz. med. de Lisboa*, 28 juillet.)

— La séance bi-annuelle de l'Association médicale britannique a eu lieu à Londres, la semaine dernière, avec un grand éclat, sous la présidence de sir W. Fergusson. Plus de 1,000 médecins, venus de tous les points du Royaume-Uni et de l'étranger, y ont pris part, et M. Gladstone, *the prime minister*, malgré le dérangement de sa santé, a honoré le banquet confraternel de sa présence. Les médecins ne sont-ils pas des dieux vis-à-vis leurs malades!

Disons, à cette occasion, qu'une souscription confraternelle s'effectue en ce moment pour offrir son portrait à M. Fergusson en reconnaissance de ses services dans l'enseignement. La même gracieuseté a été faite à sir J. Paget, il y a quelques mois. Nous n'avons pas, en France, l'habitude de témoigner ainsi par des actes positifs notre reconnaissance à nos maîtres. La médaille commémorative offerte à M. Bouillaud il y a peu d'années fait exception. Il est vrai aussi que les malades ne nous donnent pas l'exemple, comme en Angleterre.

En reconnaissance du legs de 550,000 francs fait par le docteur Chadwick pour élever des maisons modèles et un orphelinat, une statue lui a été élevée à Southport le 1er de ce mois. Si l'on honorait ainsi tous les bienfaiteurs de l'humanité, il y en aurait davantage.

MM. Marshall et Holmes sont élus examinateurs au Collége royal des chirurgiens, en remplacement de M. Patridge, décédé, et de M. Lane.

En Italie, le commandeur Comisetti, président du Conseil supérieur de santé de l'armée, ayant pris sa retraite, le professeur Cortese lui succède.

Au nombre de nos morts célèbres, nous devons citer Tyler Smith, l'accoucheur anglais, qui a succombé inopinément à une attaque d'apoplexie, à 59 ans! Rédacteur en chef de *The Lancet*,

l'huile ingérée disparaissait dans les garde-robes, surtout sous l'influence de la diarrhée qu'elle avait développée, je l'élevai d'abord à une température convenable, en la soumettant à l'action de l'eau chaude, puis je la fis respirer à l'aide de vessies semblables à celles dont on se sert pour amener la narcotisation avec l'éther. Les malades soumis à l'expérience fournirent des résultats négatifs, tant au point de vue des réactions chimiques que des effets thérapeutiques, et semblèrent justifier de tous points les propositions émises par Weikart, à savoir : qu'une partie de l'huile éthérée est expulsée avec les matières fécales, et que l'autre, se transformant en acide carbonique et en eau, est exhalée pendant l'acte de la respiration.

Dernièrement, j'ai eu l'occasion de lire un mémoire du professeur Léopold Dittel, intitulé : *Nouvelle méthode d'inhalation des substances balsamiques* (voir le Journal autrichien de thérapeutique, n° 6, 1873).

Dans ce mémoire, le professeur Dittel expose les résultats qu'il a obtenus à l'aide des inhalations éthérées dans la pyélite et les catarrhes des voies urinaires, et ces résultats, je m'empresse de le dire, sont complétement en contradiction avec les précédents.

Il s'est servi, pour ses expériences, d'une bouteille munie de deux tubulures en verre qui pénètrent perpendiculairement dans son intérieur. A l'orifice extérieur de l'une de ces tubulures est adapté un tuyau en caoutchouc d'une longueur d'un mètre environ. Ce tuyau se termine par un tube en verre de 6 centimètres, qui est en rapport avec la bouche.

Les succès remportés par le professeur Dittel dans les maladies des voies urinaires à l'aide de cette méthode, m'ont déterminé à tenter de nouveau les inhalations de substances balsamiques dans les écoulements blennorrhagique. Voici le résultat de la première expérience que je tentai dans mon service clinique :

A. F..., domestique, âgé de 30 ans, entre le 18 février 1873, pour une uréthrite purulente, dans la division de l'Hôpital Général affectée aux maladies vénériennes.

Le 19 février, le malade est soumis à la première inhalation d'essence de térébentine rectifiée. Dès le lendemain, l'urine exhalait l'odeur de la violette. Les inhalations sont continuées tous les jours, matin et soir, pendant un quart d'heure au moins chaque fois, sans que le malade ressente le moindre malaise. L'écoulement muco-purulent conserve jusqu'au 4 mars sa consistance et son abondance, et ce n'est qu'à dater de ce jour que l'on peut constater une diminution notable dans la sécrétion morbide.

Malgré les inhalations répétées, l'appétit du malade n'est nullement troublé, et le 14 mars, c'est-à-dire 25 jours après son entrée, il peut sortir complètement guéri. Depuis quelques jours même, les inhalations avaient été suspendues.

Pendant la durée du traitement, la quantité et le poids spécifique de l'urine furent examinés tous les jours. L'urine ne cessa pas un instant d'exhaler l'odeur de la violette ; sa réaction était légèrement acide, sa composition chimique ne subit aucune modification et son poids spécifique resta sensiblement le même, si ce n'est dans les premiers jours, où il subit des oscillations en quelque sorte inappréciables.

---

c'est par la presse qu'il acquit sa réputation et ses succès comme accoucheur. Son *Manuel d'obstétrique* et sa fondation de la *Société obstétricale* sont ses titres impérissables.

On annonce aussi, avec une douleur que nous partageons, la mort du docteur Wucherer, qui a découvert l'*anchylostome duodénal* comme cause de l'hypoémie, si fréquente sous les tropiques. Allemand par son père, Anglais par sa mère, élevé au Brésil, où il exerça avec distinction pendant de longues années, après avoir fait ses études à Paris, il était véritablement polyglotte, en parlant et écrivant couramment les quatre principales langues et en lisant les autres. Il fonda la *Gazeta medicâ da Bahia*, où figurent ses principaux travaux.

Le fondateur de l'École de médecine de Manchester, Joseph Jordan, a fini aussi sa longue et glorieuse carrière à 85 ans. Il est l'auteur du *Traitement des pseudarthroses par l'autoplastie périostique*, qu'il appliqua dès 1854.

La mort doit être douce quand la vie a été si utilement remplie. *Requiescant in pace!*

P. GARNIER.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ DE PARIS, du 2 au 8 août 1873. (Population d'après le recensement de 1873 : 1,851,792 habitants.) Rougeole, 18 décès ; — scarlatine, 5 ; — fièvre typhoïde, 14 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite aiguë, 15 ; — pneumonie, 26 ; — dysenterie, 2 ; — choléra nostras, » ; — diarrhée cholériforme des enfants, 40 ; — angine couenneuse, 5 ; — croup, 9 ; — affections puerpérales, 4 ; — autres affections aiguës, 216 ; — affections chroniques, 310 (dont 136 dues à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 34 ; — causes accidentelles, 19. — Total des décès : 722.

Actuellement, nous traitons encore dans notre service un malade, âgé de 28 ans, et qui est affecté d'un écoulement uréthral de nature purulente.

Nous avions déjà remarqué, chez notre premier malade, que l'huile éthérée de térébenthine que l'on vend chez les pharmaciens agit lentement et se répand en quantité insuffisante dans les urines, tandis que l'huile éthérée du pin, plus légère et plus fluide, apparaît bien plus vite dans ce liquide excrémentitiel.

Nous employâmes ici de préférence l'huile éthérée du pin à l'état de pureté ou mélangée d'huile éthérée de térébenthine.

Chez ce malade, nous obtînmes également, grâce aux inhalations, une diminution de l'écoulement; cependant nous devons faire remarquer qu'au bout de 18 jours de traitement, le pus n'avait point encore disparu complétement. La sécrétion morbide était, à vrai dire, extrêmement abondante au début, et nous fûmes obligé, pour compléter la guérison, de suspendre les inhalations et d'avoir recours aux injections astringentes.

Il ressort cependant des deux observations précédentes, et surtout de la première, que l'huile éthérée des balsamiques possède une véritable efficacité contre la blennorrhagie, et si l'on veut que son emploi produise un résultat vraiment curatif, elle doit être absorbée par les voies respiratoires.

Nous n'osons encore porter aujourd'hui un jugement définitif sur le traitement des écoulements uréthraux par la méthode des inhalations. Nous ne possédons pas pour cela un nombre de faits suffisants. Toutefois, nous faisons remarquer dès à présent que ce mode de traitement, en raison de son prix élevé, ne pourra peut-être pas convenir dans les maisons hospitalières; car il faut tenir compte en outre de l'entretien du malade et des soins à lui donner pendant sa convalescence. (*Journal universel de médecine de Vienne.*)

A. RENAULT.

BIBLIOTHÈQUE

ESSAI SUR L'HYGIÈNE INTERNATIONALE, ses applications contre la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique, avec une carte indiquant la marche des épidémies de choléra par les routes de terre et la voie maritime; par Adrien PROUST, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. Un vol. in-8°. Paris, 1873, G. Masson, éditeur.

Le titre de ce livre est heureusement trouvé : il indique parfaitement la nature des matières qu'il renferme. L'*hygiène internationale*, science toute récente, a donné lieu cependant à de nombreux travaux, mais ils sont disséminés dans des recueils et n'avaient jamais été réunis en corps d'ouvrage. C'est ce que vient de faire M. Proust en rassemblant toutes les données de cette hygiène internationale éparses dans les travaux des deux Congrès sanitaires internationaux de Paris et de Constantinople, dans les communications et discussions académiques relatives à la peste et à la fièvre jaune, et surtout dans le *Dictionnaire d'hygiène* de M. le professeur Tardieu, recueil précieux de documents sur la matière, et qu'on ne trouve que dans ce très-utile répertoire.

M. Proust a été porté par goût vers les études d'hygiène internationale, et à une intelligence de cette valeur, la direction qu'il leur a donnée a eu bientôt conquis à ses recherches la compétence et l'autorité. Aussi, dès 1869, le gouvernement confiait-il à M. Proust une mission délicate et importante, et qu'il a savamment remplie, sur les institutions sanitaires de la Perse.

L'ouvrage que M. Proust publie aujourd'hui mérite donc l'attention et la confiance du public.

Cet ouvrage est divisé en deux parties.

La première traite de l'hygiène internationale considérée en général; dans la seconde, l'auteur expose les applications particulières de cette hygiène internationale.

Dans la première partie, l'auteur présente d'abord des considérations générales sur l'origine et la propagation des épidémies. Il donne la définition des mots contagion, infection, maladies endémiques, sporadiques, épidémiques, constitution endémique, toutes expressions, les premières surtout, qui ont donné lieu à des confusions regrettables.

Dès ces premières pages, l'auteur fait connaître nettement et résolûment sa doctrine, qui n'est d'ailleurs que celle de la plus ancienne tradition médicale, que celle si bien exposée il y a trois siècles par Fracastor, c'est-à-dire la croyance à la contagion, à la transmissibilité des maladies pestilentielles; car, contagion et transmissibilité, c'est tout un pour lui, qui ne tombe pas dans la singulière logomachie de la commission académique de la peste, qui déclarait cette maladie *non contagieuse*, mais *transmissible*. Cependant, et pour éviter toute ambiguïté, avec M. Fauvel, l'auteur remplacerait volontiers le mot contagion par celui de transmission. C'est contre ces maladies transmissibles que les gouvernements ont le droit et le devoir de garantir

leurs peuples. C'est le concert des mesures adoptées par les gouvernements pour se préserver de ces maladies qui forme le sujet et la matière de l'hygiène internationale.

Mais toutes les maladies transmissibles ne ressortissent pas à l'hygiène publique. Celles, par exemple, qui naissent sous notre climat, comme la fièvre typhoïde, la diphthérie ; ou d'autres qui, d'origine exotique, se sont profondément acclimatées, comme la variole, la rougeole, la scarlatine, ne peuvent être l'objet de mesures sanitaires internationales. Il en est de même de la syphilis, de la lèpre et de la dengue, qui, pour des motifs divers exposés par l'auteur, ne doivent pas être comprises dans les mesures internationales.

Les seules maladies épidémiques transmissibles qui incombent à l'hygiène internationale sont : la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique, maladies qui, selon l'opinion partagée par M. Proust, ne naissent jamais spontanément parmi nous, et sont constamment le résultat de l'importation.

L'auteur consacre un chapitre à l'historique de la police sanitaire, depuis la fondation du premier lazaret à Venise, en 1403, jusqu'à nos jours. Dans le chapitre suivant, après avoir établi l'utilité et la nécessité des mesures restrictives, il les énumère et les décrit : cordons sanitaires, lazarets, quarantaines, patentes de santé, interrogatoire sanitaire, arraisonnement ; il fait connaître l'organisation sanitaire des ports de France.

Toute cette première partie, sobrement exposée, car elle ne renferme que 72 pages, contient cependant des notions exactes et précises sur l'ensemble du système sanitaire aujourd'hui en vigueur, sur les modifications qu'il a subies à diverses époques, et sur les lois et règlements qui l'ont institué. Ce livre sera donc utile à la généralité des médecins desquels ces documents sont ignorés et qui ne les colligeraient qu'avec peine dans les recueils où ils sont disséminés.

La deuxième partie, la plus importante et la plus volumineuse de cet ouvrage, est consacrée aux applications particulières de l'hygiène internationale, et est divisée en trois livres : le premier traite des applications de l'hygiène internationale contre la peste ; le second de ces applications contre la fièvre jaune ; le troisième de ces applications contre le choléra asiatique.

Dans le livre consacré à la peste, on lit avec intérêt la discussion de l'auteur sur l'antiquité de cette maladie, contrairement à l'opinion si ingénieusement et si brillamment soutenue par Pariset. Un passage ignoré de Rufus, d'Éphèse, remis en lumière par Daremberg, a ruiné de fond en comble la théorie de Pariset. La peste a régné dans le monde avant que les habitants de l'Égypte eussent renoncé à la pratique de l'embaumement ; donc ce n'est pas la cessation de cette pratique qui a causé l'apparition de la peste dans cette contrée ; donc ce n'est pas l'Égypte qui est le berceau exclusif de la peste.

M. Proust fait l'histoire des épidémies de peste qui ont affligé le monde depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Puis il étudie l'étiologie de la peste et les conditions dans lesquelles elle s'est développée jusqu'ici, et « nous pouvons dire pour nous résumer, dit l'auteur, que la peste se développe au milieu de populations dégradées par une profonde misère physique et morale. C'est la condition essentielle qui engendre la peste ; mais son développement peut être plus ou moins influencé par des circonstances accessoires qu'il nous reste maintenant à examiner. »

Ces conditions sont ou climatériques ou telluriques, mais l'examen de ces conditions ne donne que des résultats contradictoires.

Dans le chapitre suivant, l'auteur traite de la transmission de la peste. Il démontre la transmissibilité de cette maladie par trois ordres de preuves : 1° par des faits de transmission ou d'importation ; 2° par les effets de l'isolement et de la séquestration ; 3° par la marche et la propagation des épidémies. Dans la discussion à laquelle il se livre, l'auteur n'adopte pas aveuglément, et sans critique, tous les faits invoqués en faveur de la contagion ; il les soumet tous, au contraire, à un contrôle sérieux ; il en élague un grand nombre comme dépourvus de conditions suffisantes, ne retenant que ceux sur lesquels il est réellement impossible de conserver un doute.

Après avoir exposé les divers modes de transmissions de la peste, dont le plus puissant et le moins discutable, selon lui, est la transmission par l'air, l'auteur indique les mesures prises pour nous préserver de la peste, et le régime sanitaire auquel sont soumises aujourd'hui les provenances des pays dits à peste, mesures qui ont été profondément modifiées et singulièrement adoucies depuis l'institution de nos médecins sanitaires en Orient qui ont démontré la non-existence de la maladie dans ces pays où elle était réputée endémique, et par conséquent l'inutilité des mesures contre leurs provenances, mesures qui portaient un si grand préjudice au commerce et à la navigation.

L'auteur termine ce livre relatif à la peste par les réflexions suivantes :

« En ce moment, la France n'a pas de mesures à prendre contre la peste. Le littoral de la

Méditerranée en est entièrement exempt, et l'épidémie qui s'est montrée, en 1870, dans le pays des Kurdes, est aujourd'hui complétement éteinte.

« Nous n'avons donc aucune crainte immédiate. Il faut cependant rester prêts à combattre le fléau. L'épidémie, en effet, peut reparaître en Perse ; de nouveaux foyers peuvent se développer, comme à Benghazi. Une surveillance attentive doit être continuellement exercée sur les ports de la Méditerranée par nos médecins sanitaires et par nos consuls.... »

Les deux livres suivants sont consacrés aux applications de l'hygiène internationale contre la fièvre jaune et contre le choléra asiatique.

(A suivre.) A. L.

FORMULAIRE

LAVEMENT CONTRE LA GOUTTE. — FONTAINE.

Teinture de colchique	6 à	8 grammes.
Eau distillée		150 —

Mêlez. — Cette solution est administrée par la voie rectale, dès l'apparition des douleurs de goutte. On se propose de cette manière d'éviter les effets fâcheux qui résultent, pour l'estomac et pour l'intestin, de l'usage interne longtemps prolongé des préparations de colchique.

Le lavement de teinture de colchique peut être donné deux et même trois fois dans les vingt-quatre heures. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 12 AOUT 1826.

Laënnec meurt à Douarnenez en Bretagne. Sa chaire de clinique est vigoureusement disputée par Chomel, H. Cloquet, Gaultier de Claubry, Guersant, Jadioux, Kergaradec et Rullier. La victoire reste à Chomel, qui est installé le 19 janvier 1827. — A. Ch.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE. — CONDAMNATION EN VERTU DE L'ÉDIT ROYAL DE 1777. — Un sieur Jacometty, confiseur à Rennes, fabriquait des pastilles dites *santonines*, et dans lesquelles entraient des substances pharmaceutiques. Il fut condamné pour ce fait, il y a déjà quelque temps, à 500 fr. d'amende, et interjeta appel de ce jugement.

Or, le tribunal correctionnel, condamnant Jacometty, avait visé l'art. 6 de l'édit royal d'avril 1777, ainsi conçu :

« Défendons aux épiciers et à toutes autres personnes de fabriquer, de vendre et de livrer aucun sel, composition ou préparation entrant au corps humain en forme de médicaments, ni de faire aucune mixtion de drogues simples pour administrer en forme de médecine, sous peine de 500 livres d'amende, et de plus grande s'il y échoit. »

Mais les anciennes juridictions avaient un pouvoir que n'ont point les tribunaux actuels ; elles pouvaient, devant un texte de loi formel, modérer la peine à appliquer.

Dans l'espèce, il s'agissait de savoir si la Cour pouvait user du même privilége que les Parlements. La Cour a résolu affirmativement la question en infirmant le premier jugement, et condamné Jacometty à 25 fr. d'amende.

AVIS

LE PARNASSE MÉDICAL FRANÇAIS

ou

Dictionnaire des Médecins-Poètes de la France

Par le docteur ACHILLE CHEREAU.

Cet ouvrage, qui formera un volume de 600 pages environ, et qui sera vendu *au prix de 6 francs*, est terminé et prêt à être livré à l'impression. Comme il sera édité aux frais de l'auteur, M. Chereau a besoin de s'assurer un nombre suffisant de souscripteurs pour couvrir, en partie du moins, les dépenses. Les Médecins et les Pharmaciens qui sont dans l'intention d'encourager un travail destiné à montrer la profession sous un jour aussi peu connu que peu apprécié, sont priés d'adresser leur adhésion, soit sur carte postale, soit par lettre, à MONSIEUR LE DOCTEUR CHEREAU, 23, *rue de Bruxelles, Paris.*

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS, — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après les débats orageux des dernières séances, l'Académie a repris son calme habituel. C'est toujours ainsi après les grandes agitations, toutes les assemblées délibérantes se ressemblent à cet égard. Hier, jour d'élection, l'assemblée était très-peu nombreuse. Il s'agissait cependant d'élire un membre dans la section de pathologie médicale. 54 membres seulement ont pris part au vote. M. Hirtz, professeur à la Faculté de médecine de Nancy-Strasbourg, a obtenu 30 voix et a été élu. Après lui, M. le professeur Villemin, du Val-de-Grâce, a obtenu le plus grand nombre de suffrages, et les autres voix se sont disséminées sur MM. Jaccoud et Peter.

L'élection de M. Hirtz est non-seulement un hommage rendu aux travaux du savant professeur, mais encore, et surtout, un témoignage de sympathie douloureuse, mais toujours vive, pour les deux provinces ravies à la patrie.

M. Briquet a tenu absolument à répondre au dernier discours de M. Chauffard sur l'étiologie du typhus exanthématique. Seulement, l'honorable académicien n'a parlé hier, comme dans son premier discours, que très-incidemment du sujet même traité par M. Chauffard, et de la question toute nouvelle que le savant professeur a portée devant l'Académie. Ce n'est pas cette idée neuve et d'un grand intérêt que M. Briquet a examinée, à savoir que le typhus est une maladie de race, tansmissible, sans doute, mais ne s'acclimatant pas dans les pays d'où il n'est pas originaire, ayant besoin d'être importé pour se développer, même dans les milieux les plus compromettants et dans les conditions considérées jusqu'ici comme nécessaires à sa genèse.

Ce n'est pas cette question qu'a traitée M. Briquet, mais bien la question véritablement épuisée de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, identité que l'honorable académicien a soutenue avec une ardeur et une conviction dignes d'une meilleure cause.

Cette discussion a été terminée par une allocution de M. Bouillaud sur l'historique des travaux relatifs à la fièvre typhoïde.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA CHARITÉ

Leçons de M. le professeur G. SÉE.

PNEUMONIE AVEC DÉLIRE (1).

VIII.

Nous avons vu que l'alcool est parfaitement toléré par le pneumonique, parce que celui-ci a une température intérieure qui favorise l'élimination de l'alcool. Ce fait de résister à l'ivresse a été bien constaté par M. Béhier et ses élèves. Non-seulement l'alcool ne produit pas l'ivresse, mais il est très-utile pour guérir le délire des pneumoniques.

Dans une pneumonie avec délire, l'embarras du médecin est souvent grand : d'abord, parce qu'on ne sait pas la nature du mal; ensuite, parce qu'on ne sait comment le combattre. Autrefois, on disait : C'est une congestion cérébrale. Le professeur Bouillaud avait surtout remarqué ce délire dans les pneumonies du sommet et en avait donné pour cause la difficulté du retour du sang veineux par compression sur la veine jugulaire supérieure.

Il y a lieu de faire ici plusieurs remarques :

1° Pour la pneumonie du sommet, si elle s'accompagne plus souvent de délire, c'est qu'elle est moins régulière, moins bénigne que celle des autres lobes; si elle entraîne plus souvent du délire, du coma, des convulsions, elle n'en a pas cepen-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 3, 29 avril, 15, 29 mai, 28 juin, 8 et 24 juillet 1873.

dant le monopole, et le même fait s'observe dans les pneumonies lobaires en général.

2° La stase veineuse du cerveau, attribuée à la compression de la veine jugulaire, a été invoquée également pour tous les délires pneumoniques. Or, il se trouve que les déplétions sanguines locales, que les saignées générales, que les dérivatifs; en un mot, que tous les moyens dirigés contre la stase du sang ont échoué. A plus forte raison ne s'agit-il pas d'une congestion active, c'est-à-dire d'un afflux exagéré de sang artériel dans l'encéphale.

3° Aussi, après avoir constaté l'inanité de toutes ces théories, on a envisagé la question à un autre point de vue : on a comparé ce délire au délire des inanitiés; ceci est d'autant plus singulier qu'il y a des pneumonies qui débutent par le délire.

Puis on l'a attribué à l'anémie cérébrale, comme on l'observe après les hémorrhagies, après les accouchements, et on a été conduit ainsi à une médication inverse des antiphlogistiques, c'est-à-dire au quinquina, aux toniques.

Mais il n'y a pas d'anémie chez les pneumoniques qui n'ont pas été saignés.

4° Il peut y avoir une ischémie cérébrale, c'est-à-dire une difficulté dans la circulation intra-crânienne, sans stase veineuse; ce serait une sorte d'oligaimie de l'encéphale, et, en effet, la diminution d'un sang oxygéné dans l'encéphale peut provoquer le délire ou les convulsions.

5° On a fait une autre hypothèse : c'est, a-t-on dit, un phénomène nerveux, direct ou réflexe.

Or, le poumon n'agit nullement par action réflexe; il n'est qu'un réceptacle fort peu impressionnable où se passe la petite circulation; à la vérité, dès que celle-ci est troublée, la grande circulation se modifie : les fonctions du poumon ont donc une importance considérable, mais sont surtout d'ordre physico-chimique.

6° Le délire de la pneumonie le mieux prouvé est un délire alcoolique. Il faut donc, lorsque ce phénomène se produit, supposer, non pas qu'on a affaire absolument à un ivrogne, mais à un homme qui se trouve privé d'alcool. C'est, à proprement parler, un délire de sevrage d'alcool. Une foule d'individus, sans tomber dans l'ivrognerie pour cela, sont habitués à une bonne ration ordinaire d'alcool (deux bouteilles de bordeaux, par exemple, et deux petits verres). Si on les sèvre de cette quantité usuelle et très-modérée pour eux d'alcool, le délire éclate immédiatement, par suite de la suppression de cet excitant physiologique et normal; il en est de même du sevrage de l'opium, du tabac. Ainsi, c'est la suppression brusque de l'alcool qui, aidée de la fièvre, détermine le délire. Il faut donc, comme traitement, administrer l'alcool et l'opium. En supposant prouvée l'existence du délire nerveux et même celle du délire consécutif aux ischémies cérébrales ou bien de l'anémie, quel mal ferait-on avec ce traitement? Aucun; tandis qu'on ferait beaucoup de mal avec la saignée, les ventouses, les scarifications, le tartre stibié, etc. On a donc ici l'avantage de ne pas nuire si on se trompe.

Quelles sont les indications générales de l'emploi de l'alcool dans le traitement de la pneumonie? On a fait à ce traitement plusieurs objections :

1° La circulation est augmentée, surtout la circulation faciale, le pouls est accéléré; mais cette circulation plus active, qui paraît être un inconvénient, se traduit, en fin de compte, par la réfrigération de l'individu.

2° On a dit : Vous achetez bien cher cette réfrigération. Ne craignez-vous pas qu'il y ait, en même temps que l'augmentation de la circulation périphérique, une augmentation de la circulation intérieure ou cérébrale? — Non, parce que l'alcool s'élimine très-vite, ne se fixe pas dans le cerveau, et que le malade ne présente aucun des phénomènes de l'ivresse.

3° A un moment donné, l'alcool ne peut-il pas augmenter la température?—Oui, à la troisième période d'intoxication. Alors il y a contraction des vaisseaux et concentration de la chaleur à l'intérieur. C'est là qu'est le véritable danger de l'administration de l'alcool, et c'est pour cela qu'il n'en faut pas systématiquement généraliser l'emploi.

Le traitement de l'alcool est indiqué spécialement :

1° Dans la pneumonie avec délire alcoolique. S'il échoue, c'est que, chez les buveurs, la maladie prend généralement et rapidement un caractère de gravité extrême.

2° Dans la pneumonie adynamique fébrile, il n'est utile dans ce cas que lorsque l'adynamie est sous l'influence d'un excès de température; dans le cas contraire, en voulant relever les forces, on ne ferait que débiliter le malade en le refroidissant. Il faut donc prendre le thermomètre, et, s'il y a plus de 40° ou 40°,5, on donnera l'alcool; que si, au contraire, les phénomènes de l'adynamie (fuliginosités, stupeur, collapsus, prostrations intellectuelles) existent sans augmentation notable de température, alors l'alcool est nuisible.

3° Dans la pneumonie accompagnée d'algidité apparente. Dans les pneumonies, le refroidissement peut être apparent ou réel. Ainsi, il y a des cas où le malade, même au premier degré, est livide, bleu; où la peau est glacée à la périphérie, tandis que le thermomètre indique une augmentation de température. Il en est de même dans le choléra, où le thermomètre appliqué à l'extérieur marque 30, 25, 22 même seulement, alors que la température intérieure est augmentée. Il s'agit donc, dans ces cas, d'une fausse algidité, et c'est précisément dans ces cas que l'alcool sera utile. Si l'algidité existait réellement, l'alcool serait contre-indiqué, puisqu'il est un réfrigérant.

Les autres médications employées dans le traitement de la pneumonie, en dehors des quatre méthodes précédemment mentionnées, ne méritent qu'une rapide énumération. *A* En Allemagne et en Belgique, on a vanté le chloroforme, qui aurait le double avantage d'anesthésier le système nerveux et de dissoudre l'exsudat. — *B* Le mercure a été préconisé par quelques médecins anglais et par quelques français, toujours avec l'intention de dissoudre l'exsudat. On fait des frictions à l'extérieur; on donne du calomel à l'intérieur, pour fluidifier le sang, etc. — *C* L'acétate de plomb a été également préconisé. M. Strohl, professeur agrégé à Strasbourg, a publié l'année dernière, dans l'UNION MÉDICALE, une série d'articles sur ce traitement, qu'il recommande en particulier contre la pneumonie des vieillards, des enfants, des femmes enceintes; en un mot, de tous les débilités. Ces médicaments (chloroforme, mercure) valent beaucoup moins que l'expectation. Il en est de même de l'iodure de potassium et du carbonate de potasse. Quant au sulfate de quinine, il n'est bon que dans les cas de pneumonie intermittente propre aux pays palustres. Les vésicatoires, au lieu de substituer, comme on le voulait, l'inflammation de la peau à l'inflammation du poumon, n'ont fait qu'ajouter l'une à l'autre.

Dr Maximin LEGRAND.

PHYSIOLOGIE

LES NERFS MOTEURS DE LA LANGUE.

Une découverte expérimentale, d'une grande portée au point de vue anatomo-physiologique, a été faite récemment par M. le professeur Vulpian, sur les nerfs moteurs de la langue. On admettait jusqu'ici que l'hypoglosse présidait seul aux mouvements de cet organe. A l'exception de Guarini, qui admit en 1842 la nature motrice de la corde du tympan sur la langue, ce fait était nié par tous les physiologistes, car, excité directement par le pincement et le galvanisme, cette corde ne produit aucun mouvement appréciable de la langue. M. Claude Bernard admettait seul qu'elle avait une action sur l'érection des papilles du goût; action niée par Schiff et Lussana.

Anatomiquement, et suivant M. Vulpian lui-même, on pensait que la corde du tympan se perd entièrement dans la glande sus-maxillaire, sans fournir de filets nerveux à la langue. De nouvelles expériences décisives viennent de modifier tout cela. Après la section de la corde du tympan chez le chien et le lapin, M. Vulpian a constaté que le lingual, nerf purement sensitif, et ses filets qui se terminent dans la langue, contenaient des tubes nerveux altérés. Par de nombreuses expériences sur le chien, le chat, le rat et le cochon, dont les résultats ont été communiqués à l'Académie des sciences, au mois de décembre dernier, M. Prévost (de Genève) a confirmé ces dégénérescences périphériques du lingual, en interrompant la continuité de la corde du tympan.

A cette démonstration histologique de la communication de cette corde avec le lingual s'en joint une autre plus démonstrative encore. Elle est toute physiologique, et montre péremptoirement l'action contractile de la corde du tympan sur les mouvements de la langue.

En effet, on coupe, chez un chien, d'un côté, le nerf hypoglosse qui anime la langue, et bientôt le bout périphérique perd sa motricité; excité, ce nerf ne fait plus contracter les muscles, mais alors le lingual, nerf purement sensitif, acquiert sa propriété motrice. Si l'on en excite le bout périphérique, on obtient des mouvements de projection de l'organe; tandis qu'il reste complétement insensible du côté opposé où l'hypoglosse est intact. Ce phénomène apparaît quatre jours environ après la section de l'hypoglosse, c'est-à-dire aussitôt que les tubes nerveux commencent à s'altérer, et il devient de plus en plus manifeste les jours suivants.

Ce fait curieux et remarquable de substitution d'un nerf moteur à un nerf sensitif, démontré par MM. Vulpian et Philipeaux, était resté inexpliqué. On pouvait se demander, dit M. Cl. Bernard, s'il y avait transformation d'un nerf de sentiment en nerf de mouvement; ou si la corde du tympan, qui accompagne le lingual, développe en lui, après la section de l'hypoglosse, une propriété qui serait seulement latente à l'état normal. Dans l'affirmative, c'eût été un appui à la théorie même de M. Vulpian sur la *neurilité*, d'après laquelle la motricité et la sensitivité seraient pour ainsi dire confondues et mises séparément en activité par une excitation des centres nerveux ou des éléments musculaires. Mais l'expérimentation l'a expliqué beaucoup plus rationnellement.

Pour vérifier si cette motricité acquise du lingual ne lui viendrait pas des fibres émanant de la corde du tympan, M. Vulpian a sectionné les deux nerfs hypoglosses, puis la corde du tympan d'un seul côté. Or, tandis que de l'autre côté, où la continuité de la corde existe, le lingual acquiert la propriété motrice par l'excitation, aucun mouvement n'existe, quinze à vingt jours après que cette continuité a été détruite, du côté opposé; sectionné à son tour et excité dans son bout périphérique, le lingual ne produit aucun mouvement de la langue. D'où la démonstration que la propriété motrice acquise par le lingual est liée à l'intégrité de la corde du tympan.

Une troisième expérience le confirme directement. Excitant les deux cordes du tympan sur d'autres chiens, M. Vulpian a constaté que les muscles de la langue ne se contractaient que du côté où l'hypoglosse était sectionné; tandis que l'excitation restait nulle du côté où ce nerf était intact. Il est donc péremptoirement établi que la motricité acquise par le lingual dans ces conditions n'appartient pas à ses fibres propres, mais à celles que lui fournit par anastomose la corde du tympan.

De cette importante découverte physiologique résulte aussi, par induction, la démonstration de deux faits anatomiques, jusqu'ici en doute : c'est que la corde du tympan ne se perd pas entièrement dans la glande sous-maxillaire comme on le croyait, et qu'elle envoie des fibres motrices aux muscles de la langue. La propriété motrice de cette corde, que l'on considérait comme purement sensitive, ou tout au plus comme vaso-motrice, est également élucidée. De là les mouvements naturels de la langue par l'excitation directe de ces fibres motrices, sans que le lingual, nerf de sentiment, change ses propriétés. L'explication est toute physiologique.

Reste à savoir pourquoi ces fibres de la corde du tympan, sans action sur les mouvements de la langue à l'état normal, en acquièrent après la section de l'hypoglosse. Est-ce en vertu de cette règle générale que l'excitabilité des nerfs et des muscles augmente après la section des nerfs du sentiment et du mouvement? se demande M. Cl. Bernard. L'excitabilité du sciatique s'accroît, après sa section, au point qu'un courant faible, qui ne produisait rien auparavant, développe ensuite une forte excitation. Chez un animal, empoisonné avec le curare, le nerf coupé est plus vite empoisonné que le nerf sain. La sensibilité des téguments des nerfs de la main, démontrée par MM. Arloing et L. Tripier, vient aussi à l'appui de cette opinion. Mais c'est encore là un point à élucider.

P. GARNIER.

HYDROLOGIE

SUR LES EAUX DE SAINT-BOÈS.

Luchon, 26 juillet 1873.

A Monsieur le docteur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* l'UNION MÉDICALE.

Mon cher ami,

Depuis que j'ai fait l'analyse des eaux de Saint-Boès, il y a bientôt un an, pour l'UNION MÉDICALE, il m'arrive des quantités de lettres de la part de confrères désirant être mieux renseignés encore sur ces eaux qui, paraît-il, sont expérimentées sur une grande

échelle, non-seulement en France, mais encore à l'étranger. Sous peine de perdre un temps énorme en redisant à chacun séparément les mêmes choses, je ne puis plus m'occuper de la source de Saint-Boès, à laquelle j'ai pourtant tenu à attacher mon nom, car elle constitue l'un des types les plus intéressants des eaux minérales pyrénéennes. Aussi, pour pouvoir répondre à toutes les questions qui me sont posées à chaque instant, je viens vous prier de vouloir bien donner asile à ce nouvel article sur Saint-Boès, qui sera le dernier jusqu'à la terminaison de ma monographie générale des eaux des Pyrénées. Là je donnerai une étude physiologique et clinique complète de cette eau.

D'abord, je me permettrai de dire que cette source n'est pas ma propriété, ainsi que plusieurs, parmi nos maîtres les plus illustres de la capitale, l'ont un moment pensé. Elle appartient à M. Fric, juge de paix à Pau, et à M. Thore, minéralogiste et géologue fort distingué de cette ville. Ces messieurs m'ayant demandé, comme beaucoup d'autres propriétaires de sources thermo-minérales, de faire une étude complète de leur eau sulfureuse, j'ai accepté la mission qu'ils me faisaient l'honneur de me confier, et je les ai autorisés à faire tel usage qu'il leur plairait des mémoires manuscrits que je leur ai remis. Une condition expresse était attachée à cette autorisation, c'est que, dans le cas où l'on répandrait mes publications sur Saint-Boès, on les timbrerait avec le sceau de la Compagnie, pour bien montrer que c'était la Compagnie propriétaire qui faisait l'envoi. L'agent commercial des propriétaires a, paraît-il, ainsi que je l'ai vu par moi-même, oublié souvent de prendre cette précaution. De là est survenue la méprise de plusieurs confrères. Il n'y aura plus d'erreur à l'avenir, je l'espère.

Du reste, j'estime qu'un médecin d'eaux thermales, s'occupant de toutes les sources d'une même région, ne doit avoir dans l'exploitation de ces sources, au point de vue médical, aucun intérêt pécuniaire direct.

Cette question peu scientifique une fois résolue, j'aborde immédiatement les réponses aux demandes purement scientifiques qui m'ont été faites.

Bien des confrères ont voulu savoir quelles étaient les quantités d'arsenic et d'iode contenues dans l'eau de Saint-Boès. J'ai procédé au dosage de ces deux substances. Voici les détails des procédés que j'ai mis en pratique :

1° *Dosage de l'iode.* — Cinquante litres d'eau ont été mélangés avec une solution de potasse contenant 50 grammes environ de cet alcali, pur et dépourvu d'iode; puis je les ai évaporés à siccité. L'iode que l'eau pouvait contenir a été ainsi transformé en iodure de potassium. Dans le cas où il se serait produit de petites quantités d'iodate de potasse, j'ai porté le résidu sec au rouge dans un creuset de porcelaine, de manière à transformer ce sel en iodure de potassium. Ce résidu refroidi a été pulvérisé et traité par de l'alcool bouillant à plusieurs reprises, de manière à isoler par dissolution l'iodure produit.

L'alcool ayant été évaporé à siccité, j'ai recueilli le résidu, et, après avoir lavé avec une petite quantité d'eau distillée la capsule qui le contenait, j'ai enfermé le tout dans une petite cornue de verre, ajoutant à la solution environ 25 centimètres cubes de perchlorure de fer parfaitement exempt d'iode, de manière à décomposer pendant l'ébullition l'iodure de potassium en mettant l'iode en liberté. Ce procédé, qui est dû à M. Bouis, est d'une exactitude parfaite.

L'iode ayant été recueilli dans l'alcool a pu être très-facilement dosé au moyen d'une solution titrée d'hyposulfite de soude et d'amidon, en suivant les indications données par Bunzen et par Frezenius, dans un procédé analogue pour le dosage du chlore.

J'ai ainsi obtenu 0,00005 d'iode par litre d'eau de Saint-Boès.

2° *Dosage de l'arsenic.* — J'ai employé pour fixer l'arsenic le procédé de M. Ossian Henry.

Pour cela, 50 litres d'eau ont été évaporés à siccité et le résidu a été mis à digérer avec un excès d'acide sulfurique concentré et à chaud. Les acides de l'arsenic ont été dissous. Ayant ajouté à ce mélange environ cinq fois son poids d'eau, le liquide a été jeté sur un filtre d'amiante. La partie limpide qui s'est écoulée, jointe à celle d'un lavage suffisant de l'entonnoir (ce qui a été fort long), a été mise dans un appareil de Marsh. L'hydrogène arsénié qui s'échappait se desséchait sur du chlorure de calcium, et traversait deux flacons laveurs contenant de l'acide nitrique concentré, dans lequel il se transformait en acide arsénique, avec lenteur, car les bulles arrivaient une à une. Les liquides des deux flacons ont été réunis, les flacons lavés avec un peu d'acide nitrique ajouté à la liqueur primitive, et le tout évaporé à siccité. Après avoir repris le résidu par une petite quantité d'eau distillée, j'ai saturé très-exactement le liquide avec de la potasse caustique, de manière à le rendre neutre, puis j'ai ajouté du nitrate d'argent. Le précipité d'arséniate d'argent recueilli sur un filtre taré a été desséché à l'étuve, refroidi sur l'exsiccateur à acide sulfurique, et pesé.

J'ai obtenu 0 gr. 0001 d'arsenic par litre, en calculant ce poids au moyen des équivalents.

Il me resterait maintenant à répondre complétement à la seconde des questions qui m'a été

posée par mes confrères : Dans quelles affections les eaux de Saint-Boès peuvent-elles être utiles ?

J'avoue que, après les essais faits par divers praticiens dès les premiers mois qui ont suivi la connaissance des éléments constitutifs de l'eau de la source de Mounicq, l'abondance de documents promis pour permettre de faire l'histoire thérapeutique de cette eau paraissait devoir être tellement grande, qu'il me semblait possible d'arriver à un résultat pratique, instructif et utile.

Les promesses n'ont pas été tenues, malheureusement, et il me serait impossible de rien publier de nouveau sur Saint-Boès, si de simples, mais de nombreuses lettres écrites par quelques praticiens, dont certains comptent parmi les plus éminents et les plus renommés de la capitale et de la province, ne me permettaient d'énumérer succinctement les maladies dans lesquelles ils ont obtenu les résultats les plus concluants.

Le relevé des indications formulées dans ces lettres permet d'établir que des expériences faites dans quelques hôpitaux prouvent les effets favorables de l'eau de Saint-Boès dans les affections suivantes :

1° Catarrhe chronique des poumons ;
2° Bronchite chronique chez de jeunes femmes ;
3° Catarrhe utérin ;
4° Emphysème du poumon ;
5° Phthisie ;
6° Uréthrite chronique.

Il est regrettable, et pour ma part je le déplore, que les observations recueillies dans plusieurs hôpitaux de France ne soient pas mises au jour. Sachant de la façon la plus positive que ces observations sont consciencieusement recueillies, et qu'elles établissent d'une manière formelle l'utilité de l'eau de Saint-Boès dans les cas précédemment cités, je sollicite, dans l'intérêt des malades, la publication de ces observations par les médecins qui se sont donné le soin de les recueillir. S'il y a eu des insuccès, on doit les faire connaître absolument comme les guérisons. Ce n'est qu'avec l'observation comparée que l'on peut arriver à un résultat exact et utile.

Dans l'espoir que vous voudrez bien insérer ces quelques lignes dans votre journal, croyez, cher confrère et ami, à l'expression de mes sentiments les plus affectueux et les plus distingués.

Dr F. Garrigou.

BIBLIOTHÈQUE

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE FAITES A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE ;

Par S. Jaccoud. — 1873.

Deuxième article. — (Voir le numéro du 7 août.)

Tuberculose. Phthisies pulmonaires. — Les deux premières leçons sont consacrées à quelques considérations historiques que nous voulons résumer, parce qu'elles renferment quelques données nouvelles. Jusqu'à Morton, le mot tubercule est pris dans le sens de tubérosité, de tumeur. Le médecin anglais distingue cependant dans le poumon les nodosités scrofuleuses des nodosités cancéreuses et de toutes celles qu'on peut y rencontrer. C'était un pas de fait vers la notion de la spécificité nosologique du tubercule. Portal, trop connu pour avoir admis quatorze espèces de phthisies, admet dans le poumon deux sortes d'indurations pouvant produire la phthisie : les unes inflammatoires, qui ne la causent que lorsqu'elles passent à la suppuration ; les autres, les nodosités scrofuleuses de Morton, qui peuvent prendre *l'aspect stéatomateux*.

A peu près vers la même époque, Baillie et Utter, deux auteurs qui n'ont pas été lus ni cités, font faire un pas à la question de la tuberculose. Le premier décrit avec soin le tubercule, sa naissance dans le tissu interstitiel de l'organe, son évolution ultérieure, sa transformation à son centre en pus concret, etc., et mentionne le dépôt dans le poumon d'une substance molle, semi-liquide et semi-solide, *infiltration scrofuleuse* qui plus tard sera appelée infiltration tuberculeuse grise ou jaune par Laënnec. Le second admet trois sortes de phthisies : la *phthisis pulmonalis*, constituée par des lésions inflammatoires aboutissant à la suppuration et à la formation d'abcès (c'est la première forme de Portal) ; le *tabes pulmonaire*, qui est dû au ramollissement, à la *pseudo-purulence* des nodosités tuberculeuses ; la *phthisie noueuse*, dans laquelle les lésions occupent les glandes bronchiques. — Jusque-là, on ne voyait dans les tubercules que des produits spéciaux aux poumons ; c'est Bayle qui démontra la possibilité de la généralisation de ces nodosités étendue à tous les organes et dérivant d'une dis-

position générale de l'organisme, la diathèse tuberculeuse. Mais il eut, entre autres choses, le tort de regarder l'opacité et le ramollissement comme les caractères pathognomoniques du tubercule, et de séparer la granulation grise initiale du tubercule proprement dit.

Laënnec réunit la granulation grise et les matières opaques jaunes ou blanches sous le nom de tubercules, en les regardant comme un produit unique à un degré différent, et fonde ainsi la doctrine de l'unité de la phthisie tuberculeuse. A partir de ce moment, la distinction précédemment posée par Baillie était perdue. Mais on la retrouve dans l'enseignement de Graves (*Clinique médicale*), qui admet une phthisie avec tubercules et une phthisie sans tubercules (*phthisie consomptive, scrofuleuse*), dans les écrits d'Addison et de Turnbull, dans les travaux si remarquables de Reinhardt et de Virchow. Ce dernier a eu l'honneur de démontrer, entre autres choses, que la caséification n'a rien de spécifique, de propre au tubercule. La dualité anatomique a dû par conséquent être représentée par deux noms différents, et les termes de phthisie granuleuse ou tuberculeuse, de phthisie pneumonique ou caséeuse ont dû remplacer l'expression vicieusement univoque de phthisie.

Dans la troisième leçon, M. Jaccoud établit que le ramollissement ulcératif, l'ulcération lente du poumon, est l'état anatomique qui répond au syndrome clinique phthisie pulmonaire. Jusque-là, il y a tuberculose, mais il n'y a pas encore phthisie. Il en résulte que toutes les inflammations pulmonaires qui aboutissent à une ulcération du poumon sont des phthisies, et les pneumonies phthisiogènes non tuberculeuses sont tantôt lobaires, tantôt et le plus souvent catarrhales et lobulaires. De plus, les recherches de Colberg, de Slavjansky et d'Anfrecht ont établi que la phthisie caséeuse est beaucoup plus fréquente que la phthisie tuberculeuse.

Après ces données historiques, l'auteur, qui est partisan de la doctrine dualiste de la phthisie, aborde le diagnostic différentiel des phthisies tuberculeuse et pneumonique.

Tout d'abord, les granulations tuberculeuses ne donnent lieu par elles-mêmes à aucun signe stéthoscopique anormal, à moins qu'elles ne soient très-confluentes dans les poumons, ou qu'elles soient accompagnées de lésions secondaires, telles que la bronchite et la pneumonie. Le malade présente l'aspect et quelques symptômes d'une maladie aiguë des voies respiratoires (dyspnée, fièvre, toux sans expectoration, douleurs thoraciques diffuses, quelquefois aspect typhoïde), et l'auscultation ainsi que la percussion sont complétement muettes, ce qui se comprend fort bien, puisque le développement des granulations, qui a lieu dans les parois des capillaires et dans les corpuscules conjonctifs interstitiels (Colberg), n'est pas capable de produire des bruits anormaux perceptibles à l'auscultation. M. Jaccoud en déduit avec raison que lorsqu'on ne parvient pas à découvrir, dans les jours qui suivent le début de la maladie, les signes d'une pneumonie lobaire ou lobulaire, on doit admettre l'existence d'une tuberculose. A ce propos, nous voulons placer une observation qui nous a été suggérée par la lecture du livre que nous analysons et par celle des livres allemands. On sait que l'on a enseigné, surtout de l'autre côté du Rhin, que les pneumonies caséeuses produisaient souvent un développement secondaire de granulations tuberculeuses, contrairement à l'opinion généralement reçue, qui admet que les granulations sont primitives, préexistantes aux lésions inflammatoires. Ressuscitant enfin la vieille théorie de la *phthisis ab hæmoptæ*, Niemeyer en particulier, se fondant jusque-là sur l'absence de signes propres à révéler l'existence des granulations, affirme que certaines phthisies ont leur origine dans une hémoptysie, et que les granulations que l'on peut trouver dans ces cas parsemées dans les poumons se sont produites après la caséification pulmonaire. Nous pensons que ce sont des affirmations qui ne sont nullement démontrées par les faits, puisqu'il est certain que des granulations peuvent être impunément tolérées depuis longtemps dans l'organe sans avoir déterminé dans leur voisinage de lésions inflammatoires, et sans donner lieu, comme nous venons de le voir, à aucun symptôme stéthoscopique bien saisissable.

D'après M. Jaccoud, pour établir le diagnostic différentiel de la phthisie tuberculeuse et de la phthisie caséeuse, il faut interroger : 1° les antécédents ; 2° le mode de début ; 3° la marche de la maladie.

Au nombre des antécédents se placent : la transmissibilité héréditaire, dont on peut discuter et comparer l'importance dans la phthisie tuberculeuse et la phthisie pneumonique ; la scrofule, qui est le plus souvent liée à la tuberculose ; les pyrexies et le diabète, qui, presque à coup sûr, indiquent un processus caséeux.

Quant au mode d'invasion des différentes phthisies, on peut considérer deux cas : dans l'un, le début est aigu ; dans l'autre, il est chronique. Le début aigu n'appartient qu'aux processus pneumoniques ou à la tuberculose miliaire aiguë. Mais, dans ces deux derniers cas, les caractères de la fièvre ne sont pas les mêmes : on connaît déjà le cycle si caractéristique de la pneumonie lobaire ; quant à la pneumonie catarrhale, elle se distingue par l'irrégularité du tracé et les rémissions considérables du matin ; dans la granulose, l'ascension thermique est précoce et accentuée, les rémissions du matin ne dépassent pas quelques dixièmes de degré,

le tracé est moins irrégulier ; 2° lorsqu'il s'agit d'un processus pneumonique, les signes stéthoscopiques se montrent d'ordinaire 48 heures, 72 heures au plus après le début ; dans la granulose, ils apparaissent plus tard ; 3° la granulose tue par suffocation, asphyxie ou adynamie (forme typhoïde), et la phthisie avec ulcérations du poumon tue par consomption.

Le début chronique a lieu de deux façons : tantôt il est bruyamment annoncé par une bronchite d'intensité variable, tantôt il est caractérisé par des symptômes peu accusés du côté de l'appareil respiratoire et par une altération lente et continue de l'état général.

Le début par la bronchite constitue une présomption en faveur de la pneumonie caséeuse, surtout lorsque la bronchite est imputable à l'influence accidentelle du froid. Le début essentiellement chronique, lent, insidieux, appartient à la tuberculose chronique. En résumé, les caractères cliniques qui séparent, au point de vue de la marche, la tuberculose et la pneumonie caséeuse, sont, pour la première : extension des lésions au delà de l'appareil respiratoire, et détérioration générale de l'organisme, qui est hors de proportion avec la bénignité relative des altérations locales, accidents fébriles ordinairement intermittents, survenant ordinairement à une période avancée et présentant tous les caractères de la fièvre hectique ; pour la seconde : circonscription des désordres dans les poumons, et parallélisme parfait entre l'état général et l'état local ; fièvre ordinairement subcontinue, pouvant se montrer dès la première période et présentant tous les caractères d'une fièvre inflammatoire. De plus, lorsqu'un phthisique est sous le coup d'une poussée aiguë, on peut reconnaître s'il s'agit d'un processus pneumonique ou d'une éruption granuleuse ; car, dans le premier cas, les lésions pulmonaires se sont accentuées avec la fièvre, et dans le second, au contraire, les signes stéthoscopiques ne révèlent pas une aggravation très-notable de l'état local.

Si l'hémoptysie n'a pas été signalée parmi les symptômes de début de la tuberculose, c'est que, d'après M. Jaccoud, elle appartient à toutes les phthisies, tuberculeuse ou pneumonique. Se rangeant à l'opinion représentée par Morton, Hoffmann, Cullen, Graves et toute l'école allemande, l'auteur admet, contrairement à la doctrine de Laënnec, que l'hémoptysie est plus souvent la cause que l'effet de la tuberculose et de la pneumonie caséeuse ; il établit que la fluxion active qui précède l'hémorrhagie, et que l'action irritante du reliquat sanguin sur la muqueuse bronchique sont deux conditions capables de produire, chez les *individus prédisposés*, des inflammations consécutives. La stase du sang ne suffit pas pour produire à sa suite des lésions inflammatoires ; et la preuve, c'est que jamais les hémorrhagies pulmonaires, dans les maladies du cœur, ne développent la phthisie. Il faut qu'il y ait un certain degré de fluxion active. Mais l'auteur se garde bien de tomber dans l'exagération de Niemeyer, qui en est arrivé, avec les malheureuses ressources d'une imagination ardente et mal contenue par le véritable esprit clinique, à regarder comme *excessivement rares* les hémoptysies consécutives aux lésions pulmonaires. Cette grave erreur, soit dit en passant, doit nous mettre en garde contre les théories à sensation et les paradoxes qui nous viennent tous les jours d'outre-Rhin.

M. Jaccoud, conciliant les deux théories contradictoires de Laënnec et de Niemeyer, affirme l'existence d'une hémoptysie primitive, cause de l'altération pulmonaire, et d'une hémoptysie secondaire, effet des lésions du poumon. Celle-ci, liée à l'ulcération du poumon, moins fréquente que la première, est souvent plus abondante et plus grave. Les causes prochaines de ces hémorrhagies sont la dénudation et la saillie anévrysmatiques des vaisseaux pulmonaires au milieu d'un tissu atteint de nécrobiose (Rokitansky, Rasmussen, Cotton) ; bientôt, l'augmentation progressive de la pression sanguine, par suite de l'oblitération de certaines branches de l'artère pulmonaire, favorise la rupture de celle-ci dans les points dénudés et produit ces hémorrhagies secondaires si abondantes et promptement mortelles. Si elles ne sont pas plus fréquentes, c'est qu'il existe le plus souvent, d'après M. Jaccoud, une condition compensatrice de l'oblitération de l'artère pulmonaire, dans l'existence d'une insuffisance tricuspide. Celle-ci, en effet, divise l'ondée sanguine en deux parties, dont l'une suit la route régulière et l'autre reflue dans l'oreillette ; il en résulte par conséquent un abaissement de pression intravasculaire. D'après M. Jaccoud, cette insuffisance tricuspide peut être observée très-souvent chez les phthisiques où la désorganisation pulmonaire est considérable.

Après avoir étudié, dans une leçon, les conditions de la curabilité de la phthisie, l'auteur consacre deux autres leçons au traitement, une leçon au cancer du poumon et à quelques cas de lésions cardiaques. — Une observation intéressante d'ATROPHIE PARENCHYMATEUSE DU FOIE a permis au professeur d'entrer dans certains développements sur cette affection, et de démontrer que les accidents qui se produisent alors dans ces cas sont dus à l'*acholie*, c'est-à-dire à la suppression plus ou moins complète de la sécrétion biliaire, et non à la *cholémie*, c'est-à-dire à l'intoxication du sang par les éléments de la bile ; et cette acholie survient de trois façons : 1° par *hépatite destructive*, lorsque l'inflammation détruit les cellules hépatiques (hépatite parenchymateuse, angiocholite suppurative, cirrhose, échinocoque multiloculaire) ; 2° par stéatose (empoisonnement par le phosphore, l'arsenic, l'antimoine, l'alcool) ; 3° par *cause*

mécanique (sclérose du foie, angiocholite suppurée, tumeurs volumineuses et multiples du foie). L'acholie désigne donc l'état qui a été appelé du nom d'ictère grave et fait cesser la confusion que ce syndrome avait introduite dans la science.

La 23e et la 24e leçon sont consacrées à l'histoire des KYSTES HYDATIQUES du foie et des ENTOZOAIRES DE L'ENCÉPHALE. Dans les autres leçons, l'auteur passe en revue certaines particularités de la LITHIASE RÉNALE, l'ÉCLAMPSIE et l'URÉMIE, le traitement de la FIÈVRE TYPHOÏDE et de l'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE, la MÉDICATION LACTÉE.

Nous avons voulu montrer par cette analyse, limitée seulement aux questions les plus importantes, quel intérêt doit s'attacher à ces leçons, où le lecteur trouvera des détails extrêmement intéressants au point de vue de l'érudition et de la clinique. Mais nous verrons bientôt, dans l'analyse d'ouvrages récents sur la tuberculose, que la théorie de la dualité de la phthisie est loin d'être démontrée.

Dr Henri HUCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 août 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports des médecins des épidémies du département de la Seine sur l'épidémie variolique qui a régné dans ce département en 1870 et 1871. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Quatre lettres de remerciement de divers lauréats de l'Académie.

2° Une lettre de M. le docteur Cabasse, médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires, accompagnant l'envoi de documents cliniques pour servir à l'histoire des médications rationnelles de l'emploi des eaux chlorurées sodiques, et en particulier de celles de Bourbonne. (Com. des eaux minérales.)

M. GUBLER fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. le docteur F. Garrigou, d'une Conférence publiée par l'UNION MÉDICALE (année 1873), et intitulée : *Généralités sur les eaux minérales des Pyrénées*. L'auteur y fait connaître des faits nouveaux et intéressants sur cette région hydrologique si remarquable, et trouve l'occasion d'émettre quelques vues originales sur le mode de formation des eaux minérales. Il émet sur la genèse de certaines eaux ferrugineuses aux dépens des pyrites martiales une opinion tout à fait semblable à celle que M. Gubler avait exposée, dès 1868, dans la première édition de ses *Commentaires thérapeutiques du Codex*, p. 501. Mais M. F. Garrigou insiste tout particulièrement sur la composition, plus variée qu'on ne pense, des eaux sulfureuses pyrénéennes et sur la nécessité d'adapter chacune d'elles et chaque établissement à la classe particulière d'affections contre laquelle sa composition et sa thermalité lui assurent une efficacité spéciale. On ne peut qu'applaudir à ce vœu. Il est à regretter seulement que l'auteur, oubliant le cours fait sur les eaux minérales à l'École de médecine de Paris en 1872, ait cru devoir ajouter que l'instruction hydrologique des médecins est complétement nulle, parce que l'enseignement de cette partie de la science fait absolument défaut dans nos Facultés.

M. CHAUFFARD présente, de la part de M. le docteur Ch. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, une brochure intitulée : *Études cliniques sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis*.

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

La commission propose, en première ligne, M. Hirtz ; en deuxième, M. Villemin ; en troisième, M. Jaccoud ; en quatrième, M. Peter ; en cinquième, M. Bucquoy.

Le nombre des votants étant de 54, dont la majorité est 28, M. Hirtz obtient 30 suffrages, M. Villemin 19, M. Jaccoud 4, M. Peter 1.

En conséquence, M. Hirtz ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire de l'Académie.

L'ordre du jour appelle M. Briquet à la tribune pour une communication relative au typhus.

M. BRIQUET s'attache, de nouveau, à montrer, comme il l'avait déjà fait lors de la discussion soulevée par M. Chauffard, les analogies qui existent entre le typhus et la fièvre

typhoïde, maladies qui, suivant lui, auraient des symptômes et des altérations anatomiques semblables, y compris les ulcérations intestinales.

M. Briquet admet deux formes du typhus, l'un avec lésions de l'intestin, qui est le typhus des anciens auteurs, l'autre sans lésions de cet organe, qui serait le typhus des médecins de l'époque actuelle; cette dernière forme est, suivant lui, le typhus *fever* qu'il faut bien se garder de confondre avec le typhus des anciens auteurs, confusion qui est faite par un grand nombre de médecins, parmi lesquels M. Chauffard, et qui n'est propre qu'à jeter le trouble dans les esprits.

L'orateur cherche à prouver par diverses citations que M. Louis admettait l'identité du typhus des anciens avec la fièvre typhoïde, tandis qu'il distinguait parfaitement ces deux maladies du typhus *fever*. Il s'appuie également, pour établir cette distinction, sur la relation d'un grand nombre d'épidémies. La deuxième forme du typhus (typhus *fever*) se distingue de la première (typhus des anciens, fièvre typhoïde), parce qu'il n'y existe aucun trouble du tube intestinal, ni météorisme, ni sensibilité de l'abdomen à la pression, ni gargouillement iléo-cœcal, ni coliques, ni diarrhée, et, après la mort, aucune altération anatomique du tube intestinal. Elle s'accompagne d'un exanthème différent de la tache lenticulaire, c'est la pétéchie à l'état aigu. Sa marche est d'un tiers plus rapide que celle de la première forme; elle a plus de gravité et laisse plus de mortalité; enfin son étiologie, qui a quelques rapports avec celle de la première forme, s'en distingue en ce que l'influence de l'encombrement et celle de la famine y sont prépondérantes.

Cette forme se présente, comme la première, à l'état sporadique et à l'état épidémique. Ce dernier état n'est qu'une aggravation des conditions qui ont présidé au développement d l'état sporadique.

L'orateur énumère les diverses épidémies de typhus *fever* qui ont éclaté de 1815 jusqu'en 1872 dans diverses parties du monde, en Europe, en Amérique, en Algérie, et qui ont été relatées par divers auteurs, particulièrement, en ce qui concerne la France et l'Algérie, par nos médecins militaires.

Il termine par quelques considérations sur le typhus *carcéraire* ou des prisons, qu'il considère comme n'étant autre chose que la fièvre typhoïde à l'état épidémique.

M. Chauffard demande à M. Briquet la permission de ne pas lui répondre, parce que, suivant lui, la question du typhus est épuisée, et qu'une discussion ne peut durer indéfiniment.

M. Bouillaud voudrait éclaircir deux points principaux : 1° la doctrine de M. Louis relativement à la fièvre typhoïde ; 2° la part qui revient à d'autres auteurs et le rôle qu'il a joué lui-même dans cette maladie.

Relativement à la doctrine de M. Louis, M. Bouillaud déclare que le livre de cet auteur ne peut laisser de doute sur sa manière de comprendre la nature de la fièvre typhoïde. Dans tout ce qui concerne la nomenclature, le diagnostic, l'anatomie pathologique, il est évident que M. Louis considère la fièvre typhoïde comme une affection primitivement locale, caractérisée anatomiquement par l'altération des plaques de Peyer, essentiellement distincte, par conséquent, du typhus qui est une maladie primitivement générale.

Avant M. Louis, divers auteurs : Prost en 1804, Petit et Serres en 1813, M. Andral en 1822, M. Bouillaud en 1826, avaient décrit les altérations anatomiques de la fièvre typhoïde et montré dans la lésion des plaques de Peyer et des follicules isolés de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle.

Ce qui établit une différence entre les doctrines de M. Louis et celles de M. Bouillaud, c'est que M. Louis n'avait établi aucune relation entre les symptômes généraux, putrides, adynamiques, etc., de la fièvre typhoïde, et les altérations anatomiques, tandis que M. Bouillaud s'est étudié à mettre en relief ces relations, assimilant les foyers septiques intérieurs produits par les altérations intestinales aux foyers septiques extérieurs déterminés, par exemple, par les lésions gangréneuses.

M. Bouillaud s'est bien gardé, d'ailleurs, de confondre le typhus, affection primitivement générale, avec la fièvre typhoïde, maladie primitivement locale.

A cinq heures l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Giraldès sur les candidats au titre de membre correspondant étranger.

FORMULAIRE

Pommade fondante résolutive. — Langlebert.

Iodure de plomb ou de potassium.	1 gramme.
Extrait de ciguë.	3 —
Axonge récente	20 —

Mêlez pour une pommade.

Onctions soir et matin sur le bubon et sur le scrotum, dans l'orchite aiguë. — Cette pommade est destinée à remplacer, vers le quatrième ou le cinquième jour de la maladie, les frictions avec la pommade mercurielle belladonée, qui déterminent quelquefois, quand on en prolonge trop l'usage, des symptômes d'intoxication dus à l'absorption de la belladone par la peau et une salivation plus ou moins grave. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 14 Aout 1655.

Les chirurgiens de longue robe et les chirurgiens-barbiers se présentent devant la Faculté de médecine de Paris, et lui demandent d'approuver leur union « pour terminer tous leurs débats et procès, querelles et discussions, et pour la plus grande gloire de Dieu, l'utilité publique et particulière, et l'amour du prochain. » Cette supplique est ainsi signée :

J. Houlier, prévost; Pietre; Gigot, chirurgien-juré, député; Bernard, chirurgien-juré, député; Aubin, chirurgien-juré, député; David, juré garde; René Corbeau, juré; Lefebvre, juré garde; Frémyn, juré garde.

A. Ch.

COURRIER

Les ateliers de l'imprimerie étant fermés vendredi 15 août, jour de l'Assomption, l'Union Médicale ne paraîtra pas samedi 16.

L'état de M. Nélaton donne les plus sérieuses inquiétudes.

Administration générale de l'Assistance publique a Paris. — Concours pour la nomination aux places d'*élèves externes en médecine et en chirurgie*, vacantes au 1er janvier 1874, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le 6 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants 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 onze heures à trois heures, depuis le samedi 6 septembre jusqu'au lundi 22 du même mois inclusivement.

Avis spécial. — En raison de l'appel, fixé au 1er novembre prochain, des volontaires d'un an, les candidats qui justifieront de leur engagement conditionnel, seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Le choléra en Autriche. — D'après la *Gazette hebdomadaire médicale de Vienne*, le choléra a éprouvé une forte recrudescence en Gallicie et en Hongrie. Le nombre de malades atteints de choléra, qui, dans le premier de ces pays, était déjà tombé à 88, est monté, du 15 juin au 15 juillet, à 3,751. Sur ces 3,839 malades, il y a eu 1,018 guérisons et 1,000 morts; 1,047 sont restés en traitement.

En Hongrie, le choléra a pris également un nouvel essort. Suivant les rapports parvenus, du 15 juillet au 1er août il y aurait eu 41,673 nouveaux cas. De ces malades, 18,139 sont guéris et 15,856 morts.

A Vienne, il y a eu, dans la dernière semaine de juillet, 151 cas de choléra, tant en ville que dans les hôpitaux; notre confrère se tait sur la mortalité, en faisant seulement remarquer que, en général, la mortalité à Vienne était minime.

— Le *Journal des Débats* donne sur la consommation de la glace, qui atteint dans cette saison exceptionnellement chaude des proportions inusitées, les renseignements suivants :

Outre que la glace entre abondamment dans divers produits affectés à l'alimentation publique, elle est un élément actif de médication dans le traitement des épidémies qui règnent actuellement dans certaines contrées.

La glace est employée généralement pour la conservation des viandes et des poissons, et pour le transport au loin de ces objets alimentaires. On l'emploie à l'état permanent et par couches épaisses dans les marchés, dans les caves des halles où sont tenus en dépôt les objets quotidiens de consommation : volailles, gibiers, viande, marée, et pour maintenir saines et fraîches les mottes de beurre provenant de pays éloignés.

C'est par quantités considérables que s'emploie la glace nécessaire à l'entretien des objets alimentaires. C'est par monceaux qu'on la décharge dans les caves et glacières souterraines des halles qui en sont journellement approvisionnées.

La glace joue un rôle important et très-hygiénique dans la consommation des liquides. Il n'est si modeste établissement qui ne reçoive chaque jour son quintal de glace. Dans les grands établissements, c'est par tonne que la glace est fournie.

Il faut aujourd'hui aux millions de consommateurs altérés de tous les pays que chauffe à blanc le soleil, il faut des liquides froids, frappés, glacés. Tout est à la glace : la limonade, le coco, l'orangeade qui se vendent dans la rue ; à la glace, les crèmes à la groseille, à la vanille, au citron et au café que débitent les marchands ambulants dans des sabotières ; à la glace, enfin, l'eau que l'on sert à table dans les carafes frappées.

Cet usage immodéré de la glace, prise sous des formes aussi variées, se pratique non-seulement dans les capitales et les villes principales du monde, mais dans les centres d'habitation les plus modestes. Seulement, dans les grandes villes, c'est de la glace proprement dite, et ailleurs, le plus souvent de la neige qui est fournie à la consommation.

L'évaluation en chiffres de la consommation journalière de Paris est approximativement de 100,000 kilog. de glace.

L'usage des boissons glacées remonte à la plus haute antiquité. La Bible en fait mention, ainsi que les auteurs grecs et latins. Les voyageurs ont trouvé l'Orient possesseur de méthodes ingénieuses pour satisfaire le besoin, si naturel dans les pays chauds, des préparations froides. Les péninsules italienne et espagnole savent de temps immémorial préparer ces boissons. La façon de glacer en Italie et à Naples surtout jouit d'une grande réputation. Les glaces à la napolitaine sont très-estimées.

L'usage des boissons glacées n'a été introduit en France que de 1655 à 1660 par le Florentin Procope, qui établit un café, portant encore son nom, dans la rue des Fossés-Saint-Germain-des-Prés, aujourd'hui rue de l'Ancienne-Comédie. Cet usage se répandit bientôt dans Paris, et les glaciers français Lefèvre et Foy excellèrent dans la confection des glaces aux différentes espèce de fruits. A partir de 1750, on trouva à Paris, dans les cafés, des glaces en toute saison.

L'appareil principal du glacier est ce que l'on désigne improprement sous le nom de « sabotière ». C'est sorbetière qu'il serait logique de le nommer. C'est dans ce cylindre que se faisaient les sorbets.

On sait que la congélation des matières contenues dans la sorbetière a lieu par un mélange de trois kilogrammes de glace et d'un kilogramme de sel de cuisine dont on enveloppe le cylindre.

On prend alors celui-ci par l'anse de son couvercle et on le tourne alternativement de chaque main pendant un temps plus ou moins long, qui ne dépasse pas pourtant trente ou trente-cinq minutes.

Les matériaux plus aptes que tous autres à conserver la glace sont le bois, la paille, la mousse, la sciure de bois, et surtout de fortes enveloppes de laine.

Les mouches. — M. E. Rochard, vétérinaire dans la Côte-d'Or, adresse à un journal les conseils suivants, bons à propager :

Pour empêcher les mouches de pénétrer dans les oreilles des chevaux, les propriétaires ont la malheureuse idée de leur envelopper celles-ci et le sommet de la tête à l'aide d'un bonnet d'étoffe grossière et serrée. Le but est bon, mais l'exécution manque absolument d'intelligence.

On comprend facilement combien, par ces chaleurs tropicales, les souffrances de ces pauvres animaux sont cruelles.

Sous cette enveloppe serrée, la transpiration ne peut s'échapper, le cerveau bout pour ainsi dire ; de là des étourdissements, des vertiges plus ou moins prononcés et qui, en somme, entraînent quelquefois la mort.

Depuis plusieurs années, j'emploie un moyen beaucoup plus simple et encore plus économique, que je tiens à propager pour le bien de tous :

A l'aide d'un pinceau, j'introduis dans la conque de l'oreille une ou deux gouttes d'huile de cade (matière tout à fait inoffensive) ; je répète l'opération chaque semaine, et jamais les mouches n'approchent même de la tête de mon cheval.

Un sou de cette huile, par cheval, doit suffire pour une saison.

Pendant que j'y suis, je vais indiquer encore aux propriétaires de bestiaux un moyen d'empêcher la mort des nouveau-nés de mères atteintes de la fièvre aphtheuse ou *cocotte*.

Tous les éleveurs savent qu'il meurt quatre-vingt-dix-neuf de ces veaux sur cent ; c'est à désespérer. Eh bien ! qu'ils ne les laissent pas teter, qu'ils les nourissent avec du lait bouilli, même celui des mères malades, et il n'en périra plus.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

PATHOLOGIE

LA PLEURÉSIE ET L'EXPECTORATION SÉRO-ALBUMINEUSE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 8 août 1873,

Par le docteur A. FERRAND, médecin des hôpitaux.

Messieurs,

La discussion qui se poursuit devant la Société, relativement à l'expectoration séro-albumineuse consécutive à la thoracentèse, m'a rappelé un fait que je vous demande la permission de vous citer en peu de mots, comme un argument à l'appui de ceux qui n'admettent pas qu'une perforation, complète ou incomplète, doive toujours être invoquée pour rendre compte de cette expectoration.

Que recherchent les défenseurs de cette opinion, sinon des cas dans lesquels le phénomène de l'expectoration s'étant produit, aucun signe de perforation ne se soit manifesté?

Or, si un grand nombre de faits de cette nature constituent un argument de haute valeur, quelle ne serait pas l'importance d'un fait qui démontrerait la présence d'une expectoration séreuse abondante, en coïncidence avec une pleurésie, non-seulement sans perforation, mais même sans épanchement véritable!

Dans ce cas, évidemment, l'expectoration ne saurait venir de la surface pleurale, mais seulement de la surface bronchique, et ne pourrait s'expliquer autrement que par cette fluxion séreuse aiguë que M. Béhier professait encore récemment dans ses leçons, et que M. Hérard a de nouveau brillamment défendue devant vous; en un mot, par cette sorte de solidarité qui rapproche parfois les sécrétions pleurales et les sécrétions bronchiques.

Étant chef de clinique dans le service de Monneret, à la Charité, au mois de juin 1865, alors que le professeur était lui-même remplacé par notre collègue, le docteur Peter, je fus pris d'une pleurésie sèche qui ne m'empêcha pas de continuer mon service, bien qu'elle me donnât un peu de fièvre revenant surtout le soir, une douleur exacerbante dans le côté et une dyspnée réelle, mais peu apparente, dans le repos.

La pleurésie n'était pas douteuse; je sentais à chaque inspiration un peu profonde le frottement qui se produisait dans le côté droit; et, chaque matin, mon chef

FEUILLETON

DU PLATANE ET DES ACCIDENTS QU'IL PEUT OCCASIONNER.

L'histoire des petits filaments noirs du bambou, qui, au dire du *Strait Times*, remplacent assez avantageusement l'arsenic chez les Javanais, et le spirituel commentaire que nous a donné à ce sujet M. le docteur H. Boens, de Charleroi (1), m'ont remis en mémoire un fait assez peu connu, je crois, qui n'est pas sans analogie avec le précédent, mais dont il nous est beaucoup plus facile de vérifier l'exactitude.

Il ne s'agit plus ici d'un végétal appartenant exclusivement à des contrées lointaines et dont il serait gênant pour nous d'aller constater *de visu* les méfaits, mais d'un arbre parfaitement acclimaté dans nos pays, d'un arbre que nous connaissons tous, qui fait l'ornement de nos promenades et de nos jardins; en un mot, du platane. L'acte d'accusation que je vais dresser s'applique aux deux espèces cultivées en France : le *Platanus orientalis* et le *Platanus occidentalis*, tous deux coupables, bien qu'à des degrés différents.

Dans la partie de l'Alsace que j'ai habitée pendant bien des années et jusque dans ces derniers temps, il existe un assez grand nombre d'établissements d'horticulture et d'arboriculture, parmi lesquels on peut citer en première ligne ceux de M. Gay-Baumann et de M. N. Baumann, de Bollwiller, qui jouissent, depuis plus d'un siècle, d'une réputation européenne.

J'ai traité un assez grand nombre d'ouvriers employés dans ces établissements, et il m'est arrivé plusieurs fois d'être consulté par eux pour des maladies plus ou moins graves des

(1) UNION MÉDICALE du 29 mars 1873.

de service m'auscultait et ne découvrait pas autre chose qu'un frottement bullaire fin, siégeant au tiers inférieur du poumon droit en arrière, avec légère submatité, sans égophonie ni souffle ; en un mot, sans épanchement notable.

Comme on était en plein été, je crus pouvoir ne pas m'arrêter et me borner à quelques soins d'hygiène, relatifs surtout au soir et à la nuit, pendant lesquels j'avais toujours un peu de fièvre.

Avant la fin de la première semaine, il vint une nuit où j'eus une diaphorèse abondante, accompagnée d'une expectoration séreuse qui me frappa d'étonnement. C'était un liquide fluide, jaune citrin, en tout analogue à la sérosité d'un vésicatoire, que je sentais remonter le long des grosses bronches, à travers lesquelles l'air qu'il rencontrait le faisait facilement bouillonner, et que je rendais sans toux et sans autre difficulté qu'un léger effort d'expuition. La quantité de liquide ainsi expectoré fut assez considérable, puisqu'elle suffit à mouiller totalement deux mouchoirs. Or, ce phénomène se produisit sans s'accompagner notablement de dyspnée ni de toux. Il fut d'autant plus frappant que le peu de toux observé les jours précédents était sec et ne dénotait aucune sécrétion bronchique anormale.

La nuit suivante, le même fait se reproduisit, quoique bien diminué. A dater de ce jour, la fièvre a totalement cessé, la douleur a à peu près disparu. Le bruit de frottement, sans qu'il ait changé de caractère, est devenu presque insensible, et bientôt complétement nul. La guérison s'était opérée, sans que se fussent jamais montrés les signes d'une perforation, ni même les signes d'un épanchement.

Ce fait, tout incomplet qu'il soit, me semble assez précis pour compter parmi ceux que l'on invoque dans la question en discussion. Sans doute, tous les cliniciens ont observé des cas dans lesquels un épanchement pleurétique disparaît en même temps que se produit une diacrise aiguë par la muqueuse bronchique ; on trouve un certain nombre de ces faits dans la *Clinique* d'Andral ; les auteurs du *Compendium de médecine* le notent, ainsi que ceux du *Dictionnaire de médecine en 30 volumes ;* les faits sont donc bien établis.

Quelques-uns ont pensé cependant qu'ils étaient susceptibles d'une autre interprétation, et que l'excrétion si abondante et si brusque d'un liquide séreux par les bronches ne pouvait venir que de la plèvre, et qu'elle manifestait une perforation.

Or, dans le cas actuel, non-seulement nous voyons que tous les signes de perforation ont fait défaut, mais nous voyons, de plus, que l'hypothèse de la perforation n'a aucune raison d'être, puisqu'il n'y avait pas d'épanchement dans la plèvre, mais

---

organes respiratoires, maladies qui provenaient, disaient-ils, de ce qu'ils avaient travaillé dans les platanes. Lorsque ce renseignement étiologique semblait provoquer chez moi un mouvement de surprise, on me répondait invariablement : « Tout le monde sait cela, le platane fait cracher le sang. »

Si tout le monde sait cela, j'avoue que, pour mon compte, je ne m'en doutais guère. Je voulus avoir le cœur net de cette affaire, et à la première occaston je demandai à M. Gay, de Bollwiller, ce qu'il fallait croire de cette maladie occasionnée par le platane. M. Gay confirma pleinement le dire des ouvriers ; il m'assura qu'il n'était pas question, dans ce cas, d'un de ces préjugés plus ou moins absurdes comme on en rencontre tant dans les campagnes, et qu'il ne lui serait pas difficile de me convaincre de l'exactitude du fait qui semblait m'intéresser.

Notre entretien avait lieu en plein air, et, tout en devisant, nous nous étions dirigés vers un magnifique champ de rosiers qui me fit vivement regretter l'absence d'un rédacteur en chef dont la passion pour les roses est de notoriété publique. Pour rentrer, nous prîmes au plus court à travers les pépinières ; tout à coup, je ressentis un picotement fort désagréable au fond de la gorge, et je fus pris d'un de ces accès de toux qui n'en finissent pas, inextinguibles comme le rire des dieux d'Homère ; un spasme d'un autre genre. « Croyez-vous maintenant que le platane fasse tousser ? » me dit gravement M. Gay. Ce n'est qu'alors que je m'aperçus que mon guide m'avait traîtreusement conduit au beau milieu d'une plantation de jeunes platanes, sans négliger toutefois d'employer pour sa propre personne les moyens prophylactiques dont l'expérience lui avait enseigné l'efficacité.

Une démonstration aussi topique ne laissait place à aucun doute. Il était facile, du reste, de deviner la cause de l'accident, tout à fait insolite pour moi, que je venais d'éprouver. Les feuilles que nous avions agitées sur notre passage avaient répandu autour de nous une pous-

un simple frottement humide, et que, par conséquent, le liquide ne pouvait venir que des bronches.

Je n'ai pu me rendre compte de la composition chimique du liquide, ni rechercher s'il contenait de l'albumine, mais j'ai dit que son abondance, son mode d'excrétion facile, l'aspect de sérosité qu'il offrait, m'avaient fait venir à l'esprit l'idée d'une perforation. D'autre part, l'absence de douleur vive, de dyspnée intense, la persistance du fonctionnement pulmonaire et l'absence des signes physiques correspondants bien établie le lendemain matin, ne peut me laisser de doutes à ce sujet.

Or, s'il est bien établi qu'une pleurésie sans perforation, et même sans épanchement, peut, à un certain moment, donner lieu par la voie bronchique à une diacrise séreuse rapide et abondante, il est encore plus facile d'admettre que le même phénomène puisse se produire après la thoracentèse; et, cela, sans qu'il y ait non plus aucune perforation ni filtration, et avant que le liquide soit revenu dans la plèvre.

La conclusion formulée par M. Hérard : que la congestion séro-sanguine bronchio-alvéolaire existe bien réellement, et qu'elle est la cause de l'expectoration séreuse après la thoracentèse, cette conclusion, dis-je, trouve encore sa confirmation dans le fait que je viens de rapporter.

OBSTÉTRIQUE

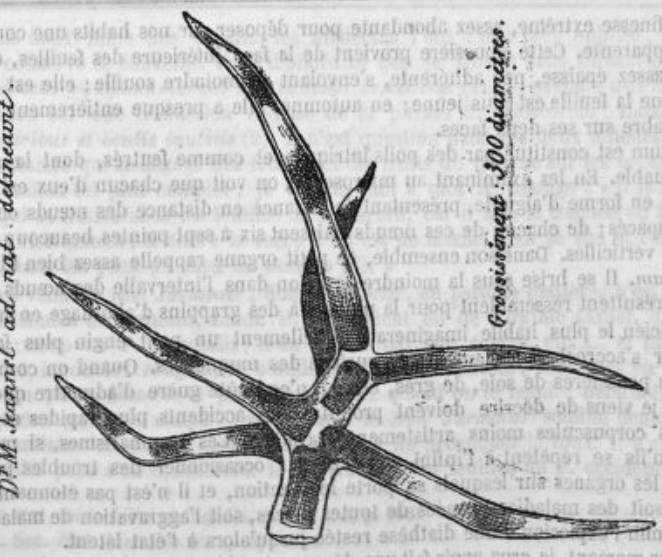
MOLE HYDATIQUE CONSIDÉRABLE; — SON EXPULSION A LA SUITE DE L'EMPLOI DE L'ÉPONGE PRÉPARÉE; — GUÉRISON.

Mme B..., âgée de 36 ans, habite un village des environs de Montbéliard. Tempérament lymphatique ; constitution affaiblie par six grossesses, dont deux se sont terminées au troisième mois par des fausses couches. La dernière gestation, qui a eu un cours normal, remonte à l'année 1869. Réglée à 14 ans, elle le fut toujours régulièrement.

Vers le 15 janvier 1872, Mme B... me fit appeler; elle se plaignait de nausées, d'inappétence, d'aigreurs. Elle se disait très-abattue. Les règles s'étaient manifestées pour la dernière fois quinze jours auparavant, mais avec plus d'abondance que d'habitude. Le sang en était pâle. Il n'y avait pas de leucorrhée. Les seins n'avaient subi aucune modification.

Je ne constatai que de l'anémie et de la dyspepsie. La plus grande fréquence des nausées

Poil de la face inférieure d'une jeune feuille de platane, cueillie à Paris (1).



(1) M. le docteur M. Jeannel a vérifié le fait sur lequel M. le docteur Durwell appelle l'attention des praticiens et des hygiénistes, et nous a donné le dessin que nous reproduisons ici.

dans les premières heures du jour me faisant soupçonner un état probable de grossesse, malgré les dénégations formelles de Mme B..., je lui conseillai le repos, l'usage du quinquina, me réservant, à une visite suivante, de demander à la malade une investigation plus complète.

Mme B... suivit ce régime pendant quinze jours. A cette époque, les règles firent une nouvelle apparition (1er février). Une toux opiniâtre se déclara. Le ventre, me disait-elle, avait pris un volume très-considérable. Elle éprouvait des maux de reins, des douleurs dans les cuisses. L'anémie avait augmenté. Le moindre mouvement déterminait de violentes palpitations. Enfin, les nausées étaient devenues vomissements : son estomac ne supportait à peu près aucune nourriture.

Le palper abdominal me fit constater immédiatement une tumeur sous-pubienne volumineuse, arrondie, de la forme et du volume d'un utérus gravide vers la quatorzième semaine de la grossesse, débordant le pubis de deux travers de doigt environ. Au toucher, je trouvai le col légèrement ramolli, permettant l'introduction de la pulpe de l'index, et supportant un utérus volumineux. Le phénomène du ballottement était parfaitement appréciable.

Je conclus naturellement à une grossesse arrivée au troisième mois et présentant l'anomalie assez fréquente d'une menstruation concomitante. Toutefois, la présence des règles me fit faire quelques réserves en songeant aux deux fausses couches précédentes. L'anémie, la bronchite et les vomissements venaient compliquer la situation. Je fis continuer le quinquina, et prescrivis une potion calmante opiacée, qui fut continuée pendant quinze jours sans que, au dire du mari, qui m'apportait des nouvelles, il y eût du changement notable dans l'état de la malade, sauf la disparition de la toux et la moins fréquence des vomissements.

Le 15 février, je trouvai Mme B... dans l'état suivant :

La pâleur et l'amaigrissement étaient extrêmes, le pouls misérable. La malade ne pouvait quitter la position horizontale sans bourdonnements d'oreilles et vertiges. La toux avait disparu. Les vomissements étaient rares. Mme B... se plaignait d'un écoulement de sang pâle et fétide, qui n'avait pas discontinué depuis la menstruation précédente et l'épuisait. Le ventre était devenu très-volumineux ; l'utérus arrivait au niveau de l'ombilic, formant une tumeur globuleuse, uniforme, sans sillon, donnant la sensation d'une fluctuation très-obscure, beaucoup plus que ne l'est celle de l'amnios au sixième mois. La tumeur avait du reste le volume de la matrice à cette époque de la gestation. Je ne perçus aucune partie fœtale, ni souffle, ni battements cardiaques. Le toucher rectal me révélait une tumeur globuleuse, régulièrement arrondie, résistant à la pression.

Mon diagnostic *de grossesse* se trouvait donc absolument faux. J'avais évidemment affaire à une tumeur intra-utérine, à développement très-rapide. Une sonde utérine, introduite par le col, me donna la sensation d'un corps dur, arrondi, criant comme le lard sous une pression plus forte, présentant une convexité inférieure à grand rayon.

Pendant les jours qui suivirent, je prescrivis les hémostatiques, conseillai des applications

---

sière d'une finesse extrême, assez abondante pour déposer sur nos habits une couche de duvet blanc très-apparente. Cette poussière provient de la face inférieure des feuilles, où elle forme une couche assez épaisse, peu adhérente, s'envolant au moindre souffle; elle est d'autant plus abondante que la feuille est plus jeune; en automne, elle a presque entièrement disparu et sa feuille est glabre sur ses deux faces.

Ce tomentum est constitué par des poils intriqués et comme feutrés, dont la structure est très-remarquable. En les examinant au microscope, on voit que chacun d'eux est formé d'une tige centrale en forme d'aiguille, présentant de distance en distance des nœuds ou renflements également espacés; de chacun de ces nœuds naissent six à sept pointes beaucoup plus petites, disposées en verticilles. Dans son ensemble, ce petit organe rappelle assez bien l'image réduite d'un *equisetum*. Il se brise sous la moindre pression dans l'intervalle des nœuds, et les tronçons qui en résultent ressemblent pour la plupart à des grappins d'abordage en miniature.

Le mécanicien le plus habile imaginerait difficilement un petit engin plus favorablement disposé pour s'accrocher facilement à la surface des muqueuses. Quand on connaît les effets nuisibles des poussières de soie, de grès, etc., il n'en coûte guère d'admettre que ces atomes crochus que je viens de décrire doivent produire des accidents plus rapides et plus sérieux que d'autres corpuscules moins artistement travaillés. Ces traumatismes, si minimes qu'ils soient, lorsqu'ils se répètent à l'infini, finissent par occasionner des troubles plus ou moins graves dans les organes sur lesquels se porte leur action, et il n'est pas étonnant qu'il puisse en résulter soit des maladies formées de toutes pièces, soit l'aggravation de maladies préexistantes, soit enfin l'explosion d'une diathèse restée jusqu'alors à l'état latent.

Au premier moment, je crus avoir fait une découverte (découverte bien modeste, je l'avoue); mais mon illusion ne fut pas de longue durée. L'action nuisible de la poussière du platane est

froides, des boissons glacées ; mais sans le moindre résultat. La perte continuait toujours. L'ergot de seigle n'était pas supporté, le perchlorure de fer déterminait aussi des vomissements.

Le 28 février, je vis cette malade avec notre confrère M. Beurnier. Son diagnostic fut aussi obscur que le mien : tumeur intra-utérine dont il ne peut préciser la nature.

Pendant les cinq premiers jours de mars, l'état de Mme B... alla toujours en empirant. L'anémie était extrême, ainsi que l'émaciation, le regard éteint, la soif inextinguible. Des battements aortiques épigastriques s'ajoutaient à ses souffrances. Le ventre avait pris un volume énorme. La tumeur arrivait presque jusqu'au sternum, refoulant l'estomac, qui ne pouvait plus admettre la moindre nourriture.

Le 5, Mme B... eut un vomissement de sang suivi de syncope.

Il était urgent d'intervenir, mais comment ?

Dans l'incertitude où je me trouvais au sujet de la nature, des attaches de la tumeur, il était indispensable de pousser mes investigations plus loin. Je pensai donc à dilater la matrice au moyen d'un cône d'éponge préparée, afin de pouvoir introduire la main dans la cavité, et, au besoin, porter une chaîne d'écraseur sur la tumeur.

Le 5 mars, vers cinq heures du soir, j'introduisis donc un cône d'éponge préparée, long de 6 centimètres, large de 12 millimètres à la base, et fixé à un cordonnet. Puis, afin d'empêcher l'issue de l'agent dilatant, je tamponnai le vagin avec des étoupes.

Je comptais sur un intervalle de douze heures environ entre l'introduction de l'éponge et la dilatation.

Le lendemain matin, vers cinq heures, j'arrivai auprès de la malade. « Je suis accouchée, me dit-elle, » et les personnes qui l'entouraient me rendirent compte des faits suivants :

A neuf heures, Mme B... avait commencé à ressentir quelques douleurs légères dues à des contractions utérines. Celles-ci étaient allées toujours croissant jusqu'à deux heures du matin, heure à laquelle elle se sentit mouillée. Son ventre se vida alors tout d'un coup, et une masse gélatineuse énorme se précipita hors d'elle, repoussant éponge et tampon. Les personnes qui la veillaient recueillirent dans son lit un baquet de 16 *à* 17 *litres de vésicules hydatiques*, qui nageaient dans un liquide rosé.

J'examinai soigneusement ce qui avait été recueilli. Je n'y trouvai que des grappes de vésicules plus ou moins grandes, réunies par un pédicule. Il n'existait aucune trace de membranes, ni rien qui pût être pris pour un produit de la conception.

Quant à la malade, je la trouvai dans un état satisfaisant ; la matrice était revenue sur elle-même. Des phénomènes analogues à ceux qui suivent un accouchement normal, mais plus graves, se présentèrent successivement.

L'anémie et la débilitation persistèrent assez longtemps, mais finirent par céder à un traitement fortifiant (fer, quinquina, régime lacté). Aujourd'hui, Mme B... jouit d'une santé parfaite.

---

connue depuis deux mille ans et plus ; les médecins l'ont à peu près oubliée, les jardiniers seuls en ont conservé le souvenir. Voici d'abord ce que je trouve dans Dioscoride : ὃ δὲ χνοῦς τῶν φύλλων καὶ τοῦ σφαιρώου ἀκοὴν καὶ ὄψιν ἐμπιπτῶν λυμαίνεται (1). Le passage de Pline qui a trait à cette question est une traduction concise de la phrase de Dioscoride : *Lanugo foliorum* (*platani*) *et auribus et oculis inutilis* (2). Il n'est question dans ces deux auteurs que de l'action de la poussière qui se dégage des feuilles et des fruits du platane sur les organes de la vue et de l'ouïe. Galien est plus complet ; je traduis mot à mot le passage : « Il faut se garantir « du duvet qui se trouve sous les feuilles de cet arbre, car il lèse la trachée en la desséchant « et l'irritant violemment ; il altère la voix ; il en est de même pour la vue et l'ouïe, lorsqu'il « s'introduit dans les yeux ou dans les oreilles (3). »

Enfin, voici venir le *Bon Jardinier*, dont l'autorité, en pareille matière, n'est pas à dédaigner : « Le Platanus occidentalis, Lindl. P. d'Occident ou de Virginie (Amér. du Nord) res- « semble beaucoup au P. orientalis ; il en diffère par son écorce, etc..... et par ses feuilles « plus grandes, à pétioles rougeâtres, simplement lobées dentées, couvertes en dessous d'un « duvet très-fin qui se détache et provoque la toux quand on le respire habituellement (4). » Ici, je me permettrai une simple observation : le *Bon Jardinier* semble dénier aux autres espèces ou variétés de platane le fâcheux privilége de provoquer la toux. Il n'en est rien ; il suffit de regarder pour s'en convaincre. Il est vrai que les feuilles du P. occidentalis sont gar-

(1) Dict. de mat. méd. *Libri quinq.* Éd. Kunh, t. I, p. 108.
(2) C. Plin. Sec. *Nat. hist.* Lib. XXIV, cap. XXIX.
(3) *Galeni op. omn.* Basil. 1535. T. II, p. 105.
(4) *Le bon jardinier* pour 1865.

Telle est l'observation que j'ai à présenter. Des cas semblables ne sont pas excessivement rares, et l'inquiétude que j'ai éprouvée en me trouvant en face de cette malade, à laquelle je ne pouvais apporter aucun remède par ignorance de son mal, me fait un devoir d'appeler l'attention sur ce fait.

Au début, comme je l'ai dit plus haut, je me suis cru en face d'une grossesse pénible, dangereuse peut-être pour la mère, par la bronchite, l'anémie, et les vomissements. Vous m'objecterez peut-être que Mme B... était, à ce moment, en pleine époque menstruelle. Mais ne voit-on pas souvent les règles faire apparition dans les premiers mois de la grossesse? Du reste, pareil phénomène s'était produit déjà dans les deux grossesses qui s'étaient terminées par des fausses couches vers le troisième mois l'une et l'autre.

Mais, quinze jours après, cette erreur n'était plus possible. L'accroissement rapide de la matrice ne pouvait tenir à un hydramnios. Dans ce dernier cas, la fluctuation aurait été évidente, et ici elle était à peine appréciable. Enfin, la sensation que je percevais par la sonde me faisait pencher vers l'idée d'une tumeur solide. C'est dans le but d'explorer celle-ci, de l'enlever même, que j'ai appliqué l'éponge préparée qui a amené l'expulsion des hydatides.

L'erreur n'aurait certes pas duré bien longtemps encore. Le kyste aurait fini par se rompre de lui-même. Mais la malade aurait-elle pu attendre, sans danger de mort, cette délivrance naturelle? Il m'est permis d'en douter.

Les deux points les plus remarquables de cette observation sont :

La *rapidité* du développement et le *volume* de la tumeur.

Les auteurs parlent bien de môles hydatiques qui, dans l'espace de trois à cinq mois, arrivent au volume d'une tête d'enfant. Mais ici, le 1er février, le fond de la matrice occupait la hauteur où il se trouve au commencement de la quatorzième semaine de la gestation; un mois après, il était plus élevé que chez une femme grosse arrivée à terme, et, refoulant le diaphragme, amenait des accidents d'asphyxie. Le contenu de la matrice, que nous avons mesuré très-approximativement du reste, puisqu'une grande partie du liquide avait pénétré le lit, était de 16 à 17 litres au moins, c'est-à-dire plus de trois fois plus considérable que la poche hydatique citée par Elsaur. Cette môle, du poids de cinq kilogrammes, est une des plus grosses que l'on ait observées.

Enfin, Messieurs, permettez-moi de vous rappeler le procédé opératoire, d'une application facile et exempte de dangers, une fois que le diagnostic est certain. Les

---

nies d'un duvet plus abondant que celles du P. orientalis; mais il n'y a là qu'une différence du plus au moins. D'ailleurs, ni Dioscoride ni Galien ne connaissaient le platane d'Amérique.

Il me semble bien établi que le platane peut exercer une influence fâcheuse sur les muqueuses oculaire et bronchique. Est-ce à dire pour cela qu'il faille jurer *ab irato* l'extermination de sa race? A Dieu ne plaise que je devienne jamais le promoteur de cette Saint-Barthélemy d'un nouveau genre! Quoiqu'il ait ses petits défauts, le platane n'en restera pas moins l'un des plus magnifiques végétaux des deux hémisphères, l'arbre aimé et admiré de tous, et chanté par les plus grands poëtes; écoutez Aristophane : « Jouissez du printemps, quand le platane mêle son murmure à celui de l'ormeau, etc. » (*Nuées*, v. 1008). Virgile ne l'a pas oublié :

. . . . . .

Jamque ministrantem platanum potantibus umbras.

(Virg., *Géorg.*, liv. IV.)

N'est-ce pas par le platane que jurait Socrate? Νὴ τὴν πλάτανον (1). Je crois même que cet innocent juron a été l'une des causes de la condamnation du philosophe. Mais est-il besoin de faire comparaître les anciens et les modernes comme témoins à décharge? Je retrouve en moi-même assez de souvenirs qui plaident les circonstances atténuantes et sollicitent l'indulgence.

Sans chercher à exagérer ni à atténuer la valeur de ces faits, voici, je crois, les conséquences pratiques qu'on pourrait en tirer. Il est évident que plus l'arbre sera élevé, moins l'effet de sa poussière sera à craindre; il en est de cela comme de la fumée des cheminées. Je pense

(1) Scol. Aristoph., *Nubb.*, v. 248.

auteurs conseillent la ponction, la déchirure de l'enveloppe, si le seigle ergoté n'a pu à lui seul déterminer l'expulsion. L'ergot avait échoué dans ce cas. Il est vrai que, dans ma parfaite ignorance de la présence d'hydatides, je ne lui demandais qu'une action hémostatique qu'il ne m'a pas fournie. La dilatation me semble éviter les dangers qui résultent, quelquefois, de l'introduction d'instruments aigus dans la cavité utérine. Les contractions qu'entraine la présence du corps dilatant suffisent toujours pour amener l'expulsion de la môle, et cela avec d'autant moins de danger qu'elles sont, certes, le meilleur agent hémostatique que nous possédions.

Un heureux hasard m'a amené à ce résultat; je viens le soumettre, avec l'espérance que, le cas échéant, on pourra bénéficier de l'erreur d'autrui, et arriver, plus vite que moi, à un résultat aussi complet que celui que j'ai obtenu.

Dr Fréd. TUEFFERD, de Montbéliard.

BIBLIOTHÈQUE

ESSAI SUR L'HYGIÈNE INTERNATIONALE, ses applications contre la peste, la fièvre jaune et le choléra asiatique, avec une carte indiquant la marche des épidémies de choléra par les routes de terre et la voie maritime; par Adrien PROUST, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. Un vol. in-8°. Paris, 1873, G. Masson, éditeur.

DEUXIÈME ARTICLE. — (Voir le numéro du 7 août.)

La fièvre jaune prend son origine dans les grandes Antilles et sur le littoral du golfe du Mexique. Il est aujourd'hui généralement admis que c'est une maladie transmissible, ce qu'ont surabondamment prouvé les épidémies d'Espagne, de Portugal, de Gibraltar, de Saint-Nazaire, du Passage, des îles Canaries, épidémies toutes transmises par des arrivages de pays à fièvre jaune et qui se multiplient en raison de la multiplication des relations internationales.

Dans un court et rapide historique, M. Proust rappelle ces diverses épidémies et en donne une brève description. L'épidémie de Saint-Nazaire surtout, si bien étudiée et si bien décrite par M. Mêlier, a mis en lumière des faits jusque-là ignorés dans notre climat, prouvé la possibilité d'une épidémie de fièvre jaune dans nos ports, et démontré la nécessité de mesures préventives contre cette maladie.

M. Proust prouve la transmissibilité de la fièvre jaune : 1° par les faits d'importation ; 2° par les effets de l'isolement et de la séquestration ; 3° par la marche et le développement des épidémies dans les localités atteintes.

L'auteur étudie ensuite le mode de transmission de la fièvre jaune, l'influence de l'atmo-

---

même que, dans la plupart des cas, l'influence du platane, cultivé en haute tige, est à peu près nulle. Que l'on continue donc à planter des platanes dans les promenades, le long des routes, dans les jardins publics ou privés d'une certaine étendue, je n'y vois aucun inconvénient; ces lieux sont fréquentés par des personnes libres de leurs actions et qui peuvent aller se promener ou s'asseoir ailleurs, si elles pensent que le voisinage du platane puisse avoir le moindre inconvénient pour elles.

Mais je proscrirais impitoyablement le platane des cours ou jardins des hôpitaux, des collèges et lycées, des couvents, des prisons, de tous les établissements enfin dont les habitants n'ont pas le choix de leurs promenades et sont obligés de prendre l'air dans un espace déterminé et quelquefois trop restreint.

Je conseille aux valétudinaires, aux convalescents, aux personnes qui souffrent de la poitrine ou dont la poitrine est menacée, ainsi qu'à celles qui craignent les conjonctivites, de ne pas s'arrêter trop longtemps sous les platanes, surtout au commencement de l'été et quand les feuilles sont légèrement agitées par le vent.

Reste la question des ouvriers que leur profession oblige à travailler assez souvent dans les platanes. M. Gay, l'habile arboriculteur auquel je dois presque tout ce qu'il y a de sérieux dans le présent travail, a pour principe de n'envoyer ses ouvriers dans les platanes qu'à la suite d'une forte pluie ou d'une abondante rosée; il est plus facile de se garantir de l'humidité que de la poussière. Je ne sais si cet usage est généralement adopté; je ne trouve rien de mieux, et je pense que c'est un exemple à suivre.

Dr DURWELL, de Guebwiller (Alsace).

sphère confinée du navire, le rôle de la cale, des marchandises, des vêtements et des effets à usage, du milieu, etc.

De la connaissance de toutes ces conditions résultent des conséquences qui imposent aux gouvernements des obligations particulières. Les événements de Saint-Nazaire ont prouvé que la fièvre jaune pouvait être importée sur notre littoral et se transmettre. Aussi, nos règlements sanitaires ont-ils dû être modifiés à la suite de ces événements, et les ports de l'Océan ont été assimilés aux ports de la Méditerranée en ce qui concerne les mesures sanitaires. M. Proust s'est étendu sur toutes ces mesures, qu'il décrit avec soin : déchargement et assainissement du navire, flambage au gaz, sabordement, purification, etc.

Avec le livre III, que M. Proust consacre au choléra asiatique, nous entrons dans un sujet malheureusement plus intéressant encore, car il est toujours, pour nous, d'un intérêt plus actuel.

Après avoir donné la définition du choléra asiatique, l'auteur ajoute : « Le poison cholérique affecte plus ou moins profondément l'économie et la maladie se présente sous plusieurs formes. La *diarrhée cholérique*, la *cholérine* et le *choléra proprement dit* ne sont que des manifestations différentes de la même maladie.... La diarrhée cholérique répond, dans quelques cas qu'on a beaucoup trop généralisés, à la *diarrhée prémonitoire*. »

Cette proposition aurait besoin, ce semble, de développements, et l'on comprend peu la distinction que l'auteur paraît faire entre la diarrhée cholérique et la diarrhée prémonitoire, à moins qu'il ne veuille dire qu'on a beaucoup exagéré la fréquence de la diarrhée prémonitoire, ce que M. Proust ne démontre pas.

Nous trouvons encore dans ce chapitre une phrase qui demanderait des explications : « Entre le choléra *asiatique* et le choléra *nostras*, il y a une certaine analogie symptomatique, mais la similitude ne porte que sur l'expression clinique. La spécificité de la cause sépare ces deux affections.... » M. Proust affirme ici ce qui est précisément en question : la spécificité de la cause, d'une cause dont la nature est parfaitement inconnue. M. Bouillaud, racontant dernièrement à l'Académie un fait de choléra *nostras* suivi de mort et décrivant les symptômes observés d'une identité complète avec ceux du choléra épidémique, demandait : En quoi donc ce choléra diffère-t-il de l'autre ? Par la spécificité de la cause, lui répondra M. Proust. Tout cela n'est pas bien clair. — Parce que le choléra *nostras* n'est pas importé, lui répondra-t-on d'autre part. — Mais, le choléra qui règne en ce moment en Russie, en Pologne, en Allemagne, en Italie, et qui nous menace nous-mêmes, d'où vient-il ? Nul ne le peut dire, et l'on est obligé d'invoquer l'hypothétique étiologie de la persistance des germes et de leur révivification dans des conditions complétement ignorées. S'il n'est pas permis de nier complétement cette genèse, il n'est pas permis davantage de l'adopter aveuglément. Dans tout le cours de cet ouvrage, M. Proust fait preuve d'un esprit trop sévère pour qu'on ne soit pas étonné de sa facilité à adopter, comme l'expression de la science et de l'observation, des opinions encore douteuses et hypothétiques.

Comme il l'avait fait pour les épidémies de peste et de fièvre jaune, M. Proust trace d'une manière succincte l'histoire des épidémies de choléra asiatique qui ont sévi sur le globe en dehors de l'Inde. Ce récit rapide et bien fait ne donne d'ailleurs aucune notion nouvelle.

Sans la résoudre, mais en rapportant les principales raisons pour et contre, M. Proust examine la question de l'ancienneté ou de la nouveauté du choléra dans l'Inde. « Notre conclusion, dit-il, ne sera pas absolue, et nous garderons, sur cette question, la même réserve que M. Fauvel. Il n'est pas démontré que le choléra épidémique ait existé dans l'Inde avant 1817 ; mais rien n'établit non plus d'une façon certaine qu'il n'ait pas existé. »

Quoi qu'il en soit, il paraît démontré que l'Inde est le berceau originel du choléra, soit qu'il n'ait qu'un foyer unique, soit, ce qui semble plus probable, qu'il ait plusieurs foyers.

Mais quelle est la cause de l'endémicité du choléra dans l'Inde ?

On connaît la diversité des opinions sur ce point. M. Proust les examine toutes. Ce ne sont pas les alluvions du Gange et du Brahmapoutra, rendues plus pernicieuses par un soleil brûlant, une quantité considérable de matières organiques en fermentation permanente sous un climat chaud et humide. Mais bien d'autres fleuves que le Gange présentent les mêmes conditions, et le choléra n'est pas endémique sur leurs bords.

M. Proust n'admet pas davantage que l'endémicité du choléra dans cette région soit due à la coutume traditionnelle d'abandonner au cours du fleuve sacré des cadavres à demi-brûlés. D'abord cette coutume existe de temps immémorial, et le choléra paraît être une maladie nouvelle. Puis ce n'est pas seulement sur les bords du Gange que le choléra a son berceau, d'autres foyers de la maladie sont situés loin du fleuve sacré.

Serait-ce, comme on l'a dit, l'abandon et la ruine des grands travaux hydrauliques exécutés autrefois dans ce pays, qui rendaient facile la circulation des eaux et évitaient leur stagnation si favorable à la fermentation des matières organiques ? Mais ces travaux, qui n'existaient

pas d'ailleurs dans le delta du Gange, ont été détruits depuis longtemps, et le choléra est d'apparition récente.

« Notre conclusion, dit M. Proust, sera donc que l'endémicité du choléra dans l'Inde est un fait démontré, mais que sa cause est encore ignorée. »

Mais le choléra n'est-il endémique que dans l'Inde? M. Proust ne trouve rien de bien démonstratif à opposer à l'opinion de ceux qui considèrent l'Indo-Chine, la Chine, les îles de l'archipel Indien, l'Afghanistan, le Béloutchistan, la côte orientale et méridionale de la péninsule arabique et la Perse, comme des pays où le choléra est endémique. Ce qui n'autorise pas tout à fait M. Proust à conclure : « Le choléra n'a qu'un berceau, l'Inde. »

Ce qu'il y a de démontré pour M. Proust, c'est la transmissibilité du choléra, et les preuves de cette propriété il les trouve dans les faits d'importation, dans les conséquences de la séquestration et de l'isolement, dans la marche générale des épidémies cholériques, et dans le mode de propagation de la maladie dans les localités atteintes.

Il ne nous est pas possible de suivre l'auteur dans les considérations et l'exposé des faits qu'il présente à l'appui de ses opinions très-nettement contagionnistes, ni dans l'exposé des expériences tentées pour découvrir la nature de l'agent cholérique, chapitres qui se terminent par les conclusions suivantes :

« Nous pouvons conclure des développements qui précèdent que les matières cholériques renferment un ferment qui dédouble la glycose, absolument comme la levûre de bière. La diastase, comme la levûre de bière injectée dans les veines, détermine des accidents fort analogues à ceux du choléra. Il paraît probable, d'après toutes ces données expérimentales, que le choléra est transmis par un agent constitué, comme paraissent l'être tous les ferments, par des germes microscopiques, susceptibles de proliférer avec une grande rapidité dès qu'ils se trouvent dans un milieu favorable. — Mais la levûre de bière est un ferment gigantesque dont les éléments histologiques sont très-nettement visibles au microscope, tandis que le ferment cholérique, s'il existe, est encore inaccessible à nos moyens d'exploration.....

« ..... L'agent cholérique a pour véhicule l'air ou l'eau. Transporté par l'air, il peut être absorbé par les voies respiratoires, et c'est ainsi que nous voyons un individu prendre le germe du choléra, soit en vivant dans l'atmosphère d'un cholérique, soit en examinant de trop près les matières cholériques, comme cela est arrivé à certains médecins, ou bien encore en s'exposant aux émanations provenant de ces matières, ou de linges, d'effets, de hardes souillés par les défections. Dans le cas où l'agent cholérique est mêlé à l'eau potable, la transmission a lieu par le tube digestif.... La transmission par l'eau est beaucoup moins fréquente que la transmission par l'air; je laisse de côté la transmission par le contact qui ne paraît appuyée sur aucun fait sérieux.

« L'agent cholérique, abandonné à l'air libre, perd bientôt sa propriété contagieuse; il s'y détruit rapidement; son activité n'est qu'éphémère, et l'épidémie cesserait bientôt si le germe n'était reproduit par des régénérations successives.

« D'autres fois, il est conservé, entretenu par la séquestration; nous avons vu, en effet, que des objets contaminés, enfermés à l'abri de l'air, pouvaient conserver longtemps la faculté de transmettre le principe contagieux qu'ils renferment.

« Enfin, malgré l'activité éphémère de l'agent contagieux, on le voit s'enraciner dans un pays, y reparaître périodiquement, sans que cette persistance soit explicable par les caractères mêmes de l'agent spécifique. »

Sans que nous ayons besoin de le leur faire remarquer, nos lecteurs discerneront facilement ce qu'il y a de certain, de probable et d'hypothétique dans cette théorie.

L'espace nous manque, et nous le regrettons, pour suivre M. Proust dans le chapitre qu'il consacre aux mesures sanitaires à prendre pour préserver l'Europe de l'invasion du choléra par la voie de terre et par la voie de mer. Cet exposé est du plus haut intérêt, et nous estimons que M. Proust a rendu un véritable service à la science et à l'administration en condensant dans cette partie de son livre les faits et les documents qui se rapportent à cette partie importante de l'hygiène internationale.

M. Proust a enrichi son livre d'une carte précieuse indiquant la marche des épidémies de choléra en 1823, 1829, 1830, 1847 et 1865, par les routes de terre et la voie maritime.

En somme, ouvrage important et utile, et qui résume avec intelligence tout ce qu'il importe de savoir sur les trois grands fléaux de l'humanité : la peste, la fièvre jaune et le choléra.

A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Pasteur, au nom de M. Roux, a présenté à l'Académie une note intitulée : *Des variations dans la quantité d'urée excrétée avec une alimentation normale, et sous l'influence du café et du thé.*

Cette note va causer sans doute quelque émotion dans l'école physiologique moderne. Nous laissons la parole à l'auteur lui-même :

« Il est généralement admis aujourd'hui que l'urée, excrétée chaque jour par un homme en bonne santé, provient en partie de la combustion de ses organes, en partie de la transformation des aliments ingérés. S'il en est ainsi, avec un régime, une alimentation et un travail réguliers, les quantités d'urée devront être à peu près constantes pendant un temps assez long.

« Dès lors, il suffira d'introduire dans ce régime telle ou telle substance pour pouvoir étudier son influence sur la nutrition produite par les aliments ou la dénutrition subie par les tissus. Cette influence sera facile à démêler avec des substances qui, comme le thé et le café, n'ont besoin que d'être prises en petite quantité pour produire sur l'organisme des effets sensibles.

« Le thé et le café sont considérés depuis longtemps, à la suite d'expériences faites dans des conditions voisines de celles que je viens d'indiquer, comme des substances empêchant la dénutrition des tissus, ou provoquant au moins une assimilation plus complète des aliments ingérés, et l'on a tiré cette conclusion de ce qu'elles diminuaient la quantité d'urée excrétée journellement.

« Mes expériences me conduisent à une conclusion tout opposée.

« Pour les rendre aussi nettes que possible, je me suis astreint, pendant quatre mois, du 22 mars au 22 juillet, à un régime régulier comme exercice, travail et nourriture. Je recueillais mes urines à de certaines époques, pendant un certain nombre de jours et à des heures déterminées, et je faisais leur analyse journalière. Lorsque j'obtenais des résultats constants, ce qui était le cas ordinaire, je prenais du thé ou du café vert ou torréfié, et j'étudiais les variations de la quantité des matières éliminées. Je supprimais ensuite l'usage de ces substances pour voir si je revenais à la moyenne normale et physiologique.

« Pendant ce long intervalle, la quantité d'urée éliminée chaque jour a très-peu varié. De 33 grammes, en moyenne, en mars et avril, elle est montée assez brusquement à 36 grammes à l'époque des premiers beaux jours, au printemps ; depuis, elle s'est abaissée lentement, mais d'une manière continue, pour revenir en juillet au chiffre de 33 grammes. Les variations physiologiques les plus extrêmes, pendant une période assez longue, de quinze jours par exemple, n'ont été que rarement de 5 pour 100, presque toujours elles ne dépassaient pas 2 pour 100.

« Je me suis d'abord assuré que, contrairement à l'opinion admise et aux expériences de Lehmann et de M. A. Becquerel, mais conformément à celles de M. Lecanu, la quantité d'eau ingérée n'amenait aucune augmentation dans le chiffre de l'urée. Dès lors, l'augmentation du liquide produite par l'ingestion du café, et surtout du thé, peut être considérée comme sans influence.

« Ces deux substances ont toujours produit, chez moi, une augmentation dans la quantité d'urée et de chlorure de sodium rejetés par les urines. L'augmentation, le jour où l'on prend du café, est très-considérable. Il est remarquable qu'elle ne dure pas. En continuant l'ingestion de cette substance, sans rien changer d'ailleurs aux autres conditions, le chiffre revient peu à peu au chiffre normal. Mais, dans aucune de mes expériences, il n'est descendu, comme dans celles de M. Rabuteau et autres expérimentateurs, au-dessous de la moyenne normale.

« Il en résulte donc que, pour moi au moins, le café et le thé n'empêchent pas la dénutrition des tissus. Comment expliquer maintenant que leur effet semble diminuer au fur et à mesure de leur usage? La première action est-elle d'activer l'élimination de l'urée formée dans les tissus par des phénomènes antérieurs, et, une fois ce lavage intérieur terminé, le régime normal se rétablirait-il, malgré le thé et le café? ou bien faut-il voir dans ce phénomène un résultat de l'habitude prise par l'organisme? C'est à quoi des expériences ultérieures répondront peut-être. » — M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 mai 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Suite et fin de la discussion sur l'opération de la cataracte.

M. Dolbeau, sans être spécialiste, croit devoir prendre part à la discussion, étant de ceux qui pensent que l'opération de la cataracte appartient au domaine de la chirurgie générale. La plupart des choses qui ont été dites depuis le début de la discussion peuvent être considérés comme des opinions purement personnelles; personne n'est en mesure de fournir des statistiques irréprochables établissant la supériorité d'un procédé opératoire sur les autres.

Tout ce que l'on peut dire dès aujourd'hui, c'est que la méthode par extraction est la meilleure méthode de traitement de la cataracte. Elle demande d'ailleurs une grande habileté, et l'on peut dire que tout réside, en quelque sorte, dans la main du chirurgien. Il faut faire une très-large part à la dextérité manuelle, congénitale ou acquise, de l'opérateur.

Dans le parallèle que l'on a établi entre la vieille opération de Daviel et les nombreux procédés d'extraction imaginés depuis, particulièrement l'extraction linéaire, on a mis en avant de nombreuses statistiques, toutes plus ou moins brillantes les unes que les autres, mais qui, suivant M. Dolbeau, ne permettent pas de fonder un jugement définitif sur la valeur des procédés.

Pour lui, il négligera de se servir de la méthode numérique, ne voulant s'attacher qu'à la considération des résultats définitifs.

A ce point de vue, M. Dolbeau ne comprend pas que l'on puisse mettre en comparaison les nouveaux procédés avec l'ancienne opération de Daviel. Quand, de part et d'autre, le résultat définitif est acquis, le procédé de Daviel l'emporte de beaucoup sur les autres.

L'orateur fait l'historique de l'opération de la cataracte depuis 25 à 30 ans; il rappelle les résultats désastreux de la méthode par abaissement entre les mains des meilleurs opérateurs de ce temps, Roux, Velpeau, etc. Autant d'yeux opérés autant de crevés. Pour voir de belles opérations de cataracte, il fallait assister aux extractions pratiquées dans les cliniques spéciales de Sichel et de Desmarres; c'est là, chez ces spécialistes auxquels Roux, Velpeau et autres chirurgiens avaient le tort de jeter la pierre, qu'on allait apprendre à opérer la cataracte.

Cependant, dès 1851, Nélaton faisait l'extraction par le procédé de Daviel, avec grand succès; on peut dire que les jeunes chirurgiens de cette époque furent illuminés, en quelque sorte, par la pratique de Nélaton qui mit en relief les avantages et les beaux résultats de la kératotomie supérieure. Depuis cette époque, on semble avoir tout fait à dessein de compliquer l'opération de la cataracte. M. Dolbeau n'a pas attendu jusqu'à aujourd'hui pour protester contre l'engouement dont les chirurgiens français se sont pris pour les procédés allemands.

Les statistiques de Sichel, de Desmarres, de Nélaton, prouvent que les méthodes allemandes ne valent pas mieux que la méthode française, bien qu'elles soient plus compliquées. M. Dolbeau est convaincu que le procédé de de Graëfe est plus complexe, plus difficile à exécuter que celui de Daviel.

Autrefois on prenait un soin extrême d'éviter toute effusion de sang, on respectait scrupuleusement l'iris; aujourd'hui, au contraire, on ouvre largement le canal de Sclemm et de Fontana, on pratique l'iridectomie. Dans le procédé de Daviel, le cristallin sortait tout seul; aujourd'hui, on emploie des curettes et des extracteurs de toute sorte. Il n'est pas étonnant que l'inflammation de l'iris soit devenue un accident fréquent de l'opération de la cataracte ainsi pratiquée, sans compter les cas où l'on fait tout sortir, excepté le cristallin. M. Dolbeau considère l'iridectomie comme une mutilation toujours inutile, parfois dangereuse.

L'orateur donne des détails sur les conditions qui, suivant lui, doivent être réunies pour que l'opération de la cataracte soit pratiquée avec succès; conditions trop négligées aujourd'hui.

Il pense qu'il ne faut pas chloroformiser les sujets; il est préférable de fixer l'œil, d'opérer les malades au lit, avec de petits couteaux; il convient d'abandonner les procédés expéditifs qui ressemblent trop à un escamotage et de sacrifier le brillant au solide. On a tant perfectionné l'instrumentation opératoire qu'on a oublié tout le reste; on a fait de l'extraction de la cataracte une opération toute mécanique.

Autrefois, au contraire, on attachait de l'importance à l'état de santé du sujet, aux conditions de milieu, à l'influence saisonnière, etc. Tonnelé faisait venir ses malades en automne; il en opérait d'abord 7 à 8, puis il attendait pour voir si l'opération réussissait; dans ce cas, il continuait ses opérations; dans le cas contraire, il renvoyait ses malades à l'automne suivant.

Il importe donc de tenir compte de toutes les conditions afférentes au malade, au milieu,

aux influences atmosphériques et saisonnières, à la constitution médicale ; il faut, en un mot, être médecin non moins que chirurgien.

M. Dolbeau pense qu'il faut revenir à la vieille opération de Daviel, tout en tenant compte des progrès accomplis et de l'expérience acquise depuis une vingtaine d'années. Il convient de réserver l'iridectomie comme une ressource opératoire dans certains cas spéciaux.

Après M. Dolbeau, M. Panas a lu une nouvelle communication dans laquelle il s'est attaché à répondre aux objections dirigées par MM. Perrin et Giraud-Teulon contre le procédé primitif de de Graefe, auquel ils préfèrent les nouveaux procédés de MM. Liebreich, Lebrun, Kuchler et Notta, tandis que M. Panas, d'accord en cela avec MM. Trélat et Duplay, reste fidèle aux principes posés par le célèbre ophthalmologiste de Berlin.

Enfin la longue discussion sur l'opération de la cataracte s'est terminée dans la séance du 21 mai, par la lecture d'un travail de M. Chassaignac, plaidoyer complet et saisissant en faveur de la méthode française ou de Daviel.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique à Bellevue.

Note sur la poudre antiherpétique d'araroba. — L'herpès circiné règne endémiquement en Cochinchine et atteint principalement les Européens, surtout aux changements de saison. Une poudre secrète, vendue à poids d'or, à Saïgon, sous le nom de *Poh-baïa*, est employée avec le plus grand succès. Après une friction avec du vinaigre fort, on projette cette poudre sur les plaques d'herpès et, en cinq ou six jours, les cas les plus invétérés sont guéris.

M. Palasne-Champeaux, médecin de la marine, s'est assuré que ce nom n'était que la corruption de *Po do Bahia* (poudre de Bahia), et que cette poudre provenait de l'araroba, arbre de l'intérieur du Brésil. L'araroba est reçu à Bahia en fragments appartenant à l'aubier, irrégulièrement concassés, d'une couleur jaune rougeâtre, analogue à celle de la rhubarbe. Ses propriétés irritantes en rendent la pulvérisation dangereuse. Elle donne une poudre rouge-brun, plus foncée que celle de l'aubier, et possède une grande réputation, au Brésil, comme antidartreuse. Ces résultats thérapeutiques sont identiques à l'antiherpétique de Saïgon. (*Arch. de méd. navale*, mai.) — P. G.

FORMULAIRE

LINIMENT CONTRE LES ULCÈRES. — VAN DER ESPT.

Extrait hydro-alcoolique de sanguinaire du Canada.	50 centigrammes.
Glycérine.	30 grammes.

Faites dissoudre. — On imbibe un bourdonnet de charpie de cette solution, et on l'applique sur l'ulcère dont on veut hâter la cicatrisation. — Cette préparation passe pour avoir rendu des services dans le cas de pourriture d'hôpital. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 19 AOUT 1705.

Des lettres patentes unissent la surintendance des eaux minérales et médicinales du royaume à la charge du premier médecin du roi. Cette union sur une seule tête de ces deux grands bénéfices dura neuf années, et fut supprimée le 31 mars 1718. — A. Ch.

COURRIER

INSPECTION D'EAUX MINÉRALES. — Par arrêté en date du 21 juillet dernier, M. le ministre de l'agriculture et du commerce a nommé M. le docteur Grenier médecin inspecteur des eaux de Bagnères-de-Bigorre, en remplacement de M. le docteur Subervic, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Soubeiran, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris, est nommé contrôleur du matériel de la Faculté de médecine, en remplacement de M. Samson, décédé.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — *Concours pour la place de prosecteur d'anatomie.* — Un concours pour la place de prosecteur sera ouvert le 3 novembre 1873 à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les frais de cette séance ont été entièrement faits par M. le docteur Bertillon. Dans une intéressante et savante communication, ce laborieux confrère a exposé les principaux résultats auxquels l'ont conduit l'étude et l'analyse des documents relatifs au mouvement de la population française. Ce travail considérable est publié par M. Bertillon sous le nom de *Démographie figurée*, en raison de ce que chaque élément de la statistique relative à la population est figuré dans une ou plusieurs cartes qui montrent aux yeux, et d'une manière saisissante, les faits qui résultent de l'analyse des documents.

Le compte rendu de la séance indique les principaux résultats sur lesquels M. Bertillon a appelé l'attention de l'Académie.

Notre savant confrère sait donner à ces questions ardues de démographie un intérêt, un attrait tout particuliers. L'ouvrage qu'il publie à ses frais, et dont nous venons de rappeler le titre, est certainement l'une des publications les plus importantes et les plus utiles de l'époque, l'une de celles pour lesquelles M. Bertillon trouverait à l'étranger toute sorte d'aide et d'encouragements. Il nous est pénible de dire qu'elle n'a pas rencontré en France l'accueil qu'elle méritait. Les souscriptions du public ne sont pas suffisantes, et nous croyons que, seul, le ministère de l'agriculture et du commerce lui a accordé une souscription de l'État.

Cependant, et M. Bertillon l'a rappelé avec raison, deux éléments concourent à rendre un peuple grand et respecté : l'intelligence et le nombre. Si sur le premier point, et malgré des critiques intéressées et calomnieuses, la France n'a rien perdu de sa supériorité intellectuelle, il n'en est pas de même du second élément de puissance ; un cri douloureux s'élève de tous côtés, la France se dépeuple, il naît moins d'enfants qu'autrefois, il en meurt davantage ; la mortalité dans l'âge de la force et de la fécondité est plus grande en France qu'ailleurs ; voilà les tristes résultats que la statistique révèle ; voilà les faits qu'elle signale aux économistes et aux administrateurs, dont elle recherche les causes, et qu'un gouvernement prévoyant doit chercher à combattre ou à prévenir.

Nous estimons que ce grand et beau travail de M. Bertillon mérite tous les

FEUILLETON

HYGIÈNE DE L'ENFANCE

LA QUESTION DES PETITES VOITURES POUR LES ENFANTS.

[Nous avons promis de publier aussi bien les objections que les approbations à l'opinion que nous avons exprimée sur la nocuité présumable de l'emploi des petites voitures pour l'hygiène des petits enfants. Après avoir inséré la lettre approbative de M. le docteur Perrin, nous nous empressons de donner la parole à deux de nos honorables contradicteurs. Dans le prochain numéro nous publierons deux communications qui nous sont adressées, et qui sont approbatives de nos opinions. — Dr S.]

Vichy, 10 août 1873.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIMPLICE.

Bien cher et excellent confrère,

Puisque vous voulez bien appeler l'attention du Corps médical sur la question gynécologique que vous avez soulevée samedi dernier dans vos toujours intéressantes *Causeries*, permettez à un de vos humbles lecteurs de vous offrir sa part d'observations sur ce sujet. Ces observations, je vous les donne toutes fraîches, car pendant que vous écriviez je traitais cette question devant plusieurs mères de famille, qui me faisaient l'honneur de me demander mon opinion sur les petites voitures, leurs avantages et leurs inconvénients.

D'abord, quelle est l'invention, vieille ou moderne, si bonne soit-elle, qui ne porte avec elle une somme plus ou moins grande d'abus? Et remarquez que ce sont des meilleures choses dont on se sent toujours le plus disposé à abuser. Je vous vois, d'ici, incliner

encouragements, toutes les récompenses que l'Académie peut décerner. C'est un acte de science et de patriotisme.

REVUE CLINIQUE CHIRURGICALE

Nouveau procédé pour la trachéotomie. — Enfoncement limité de la voûte du crâne. — Résection d'une portion du nerf sciatique. — Corps étranger de la vessie, perforation de la paroi vésicale. — De la cautérisation interstitielle dans le testicule tuberculeux.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRACHÉOTOMIE. — Un procédé simple et ingénieux, mais dont nous ne saurions encore apprécier les résultats définitifs, vient d'être imaginé tout récemment par M. de Saint-Germain pour l'opération de la trachéotomie. Jusqu'à présent, les essais n'ont été faits que sur le cadavre et sur les chiens, et cela avec tout le succès désirable; mais l'inventeur compte prochainement l'appliquer à l'enfant et à l'homme adulte. Voici brièvement en quoi il consiste : reconnaître en premier lieu, comme point de repère facile, la membrane crico-thyroïdienne, puis procéder à l'exécution de l'opération, qui comprend les trois temps suivants :

1° Ponction au centre de cette dernière membrane avec un cautère actuel pointu chauffé à blanc, et dont on peut limiter la longueur afin d'éviter de pénétrer trop loin;

2° Introduction immédiate du dilatateur (dilatateur de Nélaton pour le phimosis);

3° Introduction de la canule.

Ce procédé nous semble, en effet, avoir le grand avantage d'être exécuté rapidement, avec sûreté, et de mettre les patients à l'abri des hémorrhagies, qui sont si à craindre, surtout chez l'adulte. Mais, d'un autre côté, l'ouverture pourra-t-elle être obtenue toujours aussi grande que dans le procédé classique, et l'opérateur ne sera-t-il pas un peu gêné dans le cas d'ossification cartilagineuse? Ce sont des points que l'avenir jugera. Je ne sais si nous nous trompons, mais nous aurions, en tout cas, plus de confiance en ce procédé qu'en l'emploi du galvano-cautère, dont nous venons de voir un résultat bien fâcheux à la Pitié.

ENFONCEMENT DE LA VOUTE DU CRANE. — Un exemple d'*enfoncement limité de la voûte crânienne*, que nous avons observé à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. de Saint-Germain, nous semble confirmer cette règle déjà émise par les observateurs ayant eu sous leurs yeux des fractures de ce genre, et qui a été repro-

---

la tête en signe d'assentiment et plonger les doigts dans votre tabatière, afin de disposer votre cerveau à suivre mon raisonnement et à l'éclairer un peu (mon raisonnement), ce qui ne sera pas de trop. . . . . Eh bien, je dis qu'il ne faut voir dans l'invention des petites voitures qu'un moyen facile et commode de sortir et promener hors de la maison les petits enfants qui déjà *peuvent se passer du sein de la nourrice*, et qui ne peuvent encore marcher pour faire de longues promenades à pied.

Je comprends, excellent confrère, tout ce qu'a de juste et de poétique votre comparaison de l'enfant suspendu, ou plutôt tenu au cou de sa mère, comme l'orange à l'oranger; mais observez déjà que je n'accorde la petite voiture que lorsque l'enfant a atteint l'âge de six ou huit mois et lorsqu'il s'agit de faire une assez longue promenade. Dans ces conditions, je crois, la petite voiture a bien son mérite, on ne saurait le nier; car vous n'avez pas été sans voir, comme tout le monde, de ces mères, et plus souvent encore de ces nourrices ou bonnes, venant de faire une longue promenade avec un enfant tenu à leur cou; les avez-vous entendues se plaindre en termes plus ou moins énergiques de la lassitude qu'elles éprouvaient? Les avez-vous vues, ruisselantes de sueur l'été, se reposant sur un banc ou derrière une haie et posant l'enfant près d'elles, avec un sentiment de fatigue non déguisé et envoyant promener non mentalement le fardeau confié à leurs soins. Dans ces conditions, croyez-le bien, comme la nature n'est pas parfaite, surtout chez les mercenaires, cette lassitude retombe parfois sur l'enfant par des actes de brutalité. Il est secoué, mis à terre sans ménagements et avec assez de brusquerie; et s'il pleure, s'il a quelques besoins, il pourra payer cher ses plaintes et la fatigue de sa bonne.

Mais ce n'est pas tout encore; si l'enfant est fort et robuste, il n'y aura que les inconvénients que je viens de signaler; mais si, au contraire, il est faible, chétif, malingre, ainsi

duite dans l'excellente thèse de M. Félizet (*Recherches anat. et expérim. sur les fractures du crâne;* 1873), à savoir : l'absence d'irradiation vers la base, quand il n'existe pas de délabrement osseux notable de la voûte, et la localisation limitée uniquement à la portion enfoncée.

Un jeune garçon de 14 ans tombe, en jouant, dans une carrière abandonnée, et est apporté, quelques heures après la chute, à l'hôpital, dans un coma profond. L'absence d'écoulement par le conduit auditif, et la seule constatation d'un *petit enfoncement à peu près circulaire du pariétal droit*, de 2 centimètres environ de diamètre, firent écarter l'idée d'une lésion du rocher et porter un pronostic relativement favorable. Un traitement antiphlogistique fut institué. Une semaine après l'accident, époque à laquelle nous avons vu le petit malade, la dépression correspondant à la lésion osseuse du crâne était parfaitement perceptible au-dessus et en arrière du pavillon de l'oreille ; des troubles encéphaliques primitifs qui existaient au moment de l'entrée, il ne restait plus qu'une paresse assez grande de la mémoire, mais sans aucune céphalalgie. Un léger strabisme interne du côté droit annonçait manifestement une paralysie incomplète du nerf moteur oculaire externe.

RÉSECTION DU SCIATIQUE. — Nous savons bien, depuis les travaux récents de MM. Brown-Séquard, Charcot, etc., que les inflammations nerveuses, traumatiques ou autres, peuvent déterminer certains troubles de nutrition des tissus, principalement de la peau (*phlyctènes, ulcérations, zona traumatique*) ; mais la suppression d'un tronc nerveux, dont les ramifications correspondent à une partie du corps atteinte d'*ulcérations rebelles*, a-t-elle une influence quelconque sur la cicatrisation de ces dernières? C'est là un point qui est bien loin d'être résolu, et que M. Verneuil, toujours en quête des services que la physiologie peut rendre à la pathologie, vient d'essayer, pour ainsi dire en désespoir de cause, sur une malade de son service de la Pitié.

Une jeune fille de vingt et quelques années portait depuis très-longtemps à la partie moyenne de la région interne du mollet gauche plusieurs ulcérations perforantes, profondément taillées à pic, qui avaient résisté à toute thérapeutique locale et générale, et qui étaient accompagnées de douleurs névralgiques intolérables. Ces ulcères, à fond grisâtre, infundibuliformes, à suppuration fétide et ichoreuse, n'aboutissaient pas cependant à une dénudation osseuse, et nous ne saurions en donner une meilleure idée qu'en disant qu'elles nous ont paru repré-

---

qu'on en voit tant aujourd'hui, oh! alors, c'est bien autre chose, et nous voyons se produire ce que j'ai observé maintes fois, c'est-à-dire l'accomplissement plus rapide de plusieurs infirmités : tout d'abord, la disposition à la flexion latérale externe d'une ou de deux articulations tibio-fémorales, ce qui constitue ce que l'on connaît sous le nom de *bancale;* et si l'enfant a une prédisposition morbide au rachitisme ou ramollissement des os, voyez quelles conséquences peuvent découler, pour l'enfant, d'une position verticale au cou d'une femme fatiguée, et le commencement de la torture qui lui est infligée. De là certaines courbures des membres inférieurs, sans compter celles de la colonne vertébrale et la proéminence de l'apophyse épineuse d'une ou plusieurs vertèbres dorsales.

Mais il est une autre infirmité que j'ai été à même de constater bien des fois, et qui n'a jamais eu d'autres causes que celle d'avoir été tenu au cou d'une façon fort vicieuse : je veux parler des luxations de l'articulation coxo-fémorale, et des coxalgies aiguës ou chroniques de cette articulation, entraînant avec elles tout ce cortége de souffrances et les infirmités qui en sont la suite. — Voici comment elles se produisent le plus généralement : l'enfant, tenu au cou, a souvent un de ses pieds descendu et pris dans la poche du tablier de sa nourrice ; il s'ensuit que, dans cette position, lorsqu'elle veut mettre l'enfant à terre, le pied étant ainsi pris, la jambe est tordue ; de là, distension, fatigue de l'articulation, lors même que la luxation ou la fracture ne se produisent pas.

Ainsi, mon bon et cher Simplice, jugez déjà, par ce court et rapide aperçu, combien la petite voiture est appelée à rendre de sérieux services en évitant au moins bon nombre d'accidents. Si elle a des inconvénients, en tout cas ils ne ressortent que de l'abus et des défauts de soins, si communs de nos jours, où la mère est moins mère qu'autrefois, et confie si facilement les soins que lui a dévolus la nature à une mercenaire.

senter une sorte de *mal perforant du mollet*, dénomination qu'elles pouvaient revendiquer, non pas seulement en raison de leur configuration, mais aussi à cause de leur résistance opiniâtre à tout essai thérapeutique.

Il y a environ un mois, M. Verneuil pratiqua chez cette jeune fille l'amputation de la jambe gauche au lieu d'élection. Tout marcha bien pendant les premiers temps; mais, au moment où la cicatrisation paraissait devoir s'achever prochainement, une ulcération du même caractère que les précédentes prit domicile à l'extrémité du moignon et s'accompagna, comme elles, de douleurs névralgiques extrêmement intenses. Que faire en présence de cette double récidive de l'ulcère et des souffrances? Amputer la cuisse, c'était aller un peu trop vite en besogne : aussi, dans la pensée que la suppression du nerf sciatique calmerait l'élément douleur, et dans celle, beaucoup plus hypothétique, que l'opération aurait en même temps une heureuse influence sur la cicatrisation du dernier ulcère perforant, M. Verneuil se décida à faire, dans une étendue de 2 centimètres environ, la résection des sciatiques poplités interne et externe, en ayant grand soin d'arrêter tout écoulement sanguin venant des vaisseaux artériels et veineux qui se trouvent accolés aux troncs nerveux. Nous verrons dans la suite si l'espoir de ce chirurgien se réalisera.

Au lieu d'avoir recours à cette résection nerveuse, n'aurait-on pas été en droit d'essayer, dans ce cas, la *dénudation* et l'*extension du nerf*, comme cela a été fait avec succès par le professeur Patruban, de Vienne, en 1872, dans un exemple d'ischialgie, et, avant lui, par le professeur Nussbaum, sur les branches du plexus brachial, dont les tiraillements à l'aide de crochets mousses firent disparaître la douleur? (*Revue des sciences médicales en France et à l'étranger;* 1873, t. I, n° 2, p. 690 et 992.)

CORPS ÉTRANGER POINTU DANS LA VESSIE. PERFORATION VÉSICALE. PÉRITONITE. MORT. — Un crayon que, dans un but facile à deviner, un garçon de 27 ans s'était introduit dans l'urèthre, échappant à la main, fut en un instant dégluti par le canal, comme cela arrive presque toujours en pareille circonstance, et pénétra dans sa profondeur. Les tentatives pour l'extraire ne firent que le repousser complétement dans la cavité vésicale.

Lorsque nous vîmes le malade à l'hôpital Saint-Louis, c'est-à-dire cinq jours après l'introduction du corps étranger, il se trouvait dans un état d'anxiété assez grande : le bas-ventre était un peu douloureux, et quoique la miction s'opérât libre-

---

En avez-vous vu beaucoup, même avant la propagation de ces petites voitures, de ces mères qui se font un devoir de ne pas quitter leurs enfants, et de les porter elles-mêmes jusqu'à ce qu'ils aient la force de marcher? Hélas! il n'y a plus que les rosiers qui portent leurs roses! et c'est sans doute ce tableau que vous avez chaque jour dans votre *buen retiro* de Châtillon, qui, en vous faisant remonter dans le passé, vous a donné cette si jolie et si poétique comparaison d'une mère portant son enfant, qui pouvait être juste autrefois, mais qui ne l'est plus aujourd'hui. Oui, aujourd'hui; car, dans quelque classe que vous observiez, vous verrez la mère de famille dont la fortune est la moindre avoir une nourrice ou une bonne pour promener son enfant, et si sa position ne lui permet pas ce petit luxe, ce sera les filles aînées qui devront porter l'enfant, et Dieu sait à quel prix ce sera pour les deux pauvres créatures! Et n'est-ce pas dans ces conditions que la voiture doit rendre le plus de services?

Je veux bien, avec vous, croire que le cahotement et la trépidation occasionnés par la voiture peuvent ne pas être sans inconvénient sur l'enfant nouveau-né, sur ses faibles organes et la fragilité de son système nerveux cérébro-spinal, mais d'abord on ne sort guère les enfants dans la petite voiture qu'après cinq ou six mois; puis, lorsque nous voyons tous les jours cette population fourmillante de Bohême, appelée ici *Mennetout* parce qu'ils emmènent tout avec eux dans leurs voitures (qui n'ont pas huit ressorts), meubles, immeubles et famille; lorsque nous voyons, dis-je, leurs enfants secoués d'un bout de l'année à l'autre et vivant exempts de ces infirmités, on se sent porté à croire que les inconvénients dont on accuse les petites voitures sont plus fictifs que réels.

Il est bien entendu que l'on ne doit pas rendre les petites voitures responsables de tous les défauts de soins, qui sont plutôt dus à la bonne qu'au véhicule. Ainsi, l'insolation sera aussi bien occasionnée sur les bras de la nourrice que dans la petite voiture; et si l'enfant n'est pas

ment, la racine de la verge, les bourses et toute la région périnéale étaient tuméfiées, rouges et œdématiées, surtout en arrière du bulbe. En présence des accidents locaux hâtifs et surtout des phénomènes généraux, il y avait indication à agir promptement ; aussi M. Péan pratiqua séance tenante la taille prérectale, en prenant soin de faire à la prostate la plus petite incision possible. Le corps étranger, facilement extrait par la plaie périnéale, était un crayon de 10 centim. 1/2 de longueur et de un demi-centimètre de diamètre; un de ses bouts, parfaitement taillé, présentait encore la mine de plomb intacte ; c'était par l'extrémité mousse que ce garçon l'avait fait cheminer dans le canal.

L'extraction de ce corps ne calma ni symptômes locaux ni phénomènes généraux chez le malade, qui mourut en quelques jours avec les signes d'une péritonite intense, dont on trouva à l'autopsie la facile explication. Au niveau du bas-fond vésical existait une petite *perforation* infundibuliforme, qui avait été produite par la pointe du crayon et qui comprenait toute l'épaisseur des parois de l'organe; elle avait donné passage à une certaine quantité d'urine qui, s'infiltrant dans le tissu cellulaire pelvien, avait été le point de départ des accidents terribles auxquels avait rapidement succombé cet homme. Une seconde petite plaie en gouttière s'observait également sur la muqueuse uréthrale, un peu en avant de la portion prostatique.

Cet exemple nous montre une fois de plus les effets désastreux des *corps étrangers piquants* sur la muqueuse génito-urinaire, et peut-être la nécessité qu'il y aurait, en pareil cas, à recourir à l'extraction périnéale immédiate, sans s'arrêter à faire, par les voies naturelles, des tentatives qui n'ont souvent pour effet que d'augmenter le traumatisme produit par le corps étranger lui-même.

CAUTÉRISATION INTERSTITIELLE APPLIQUÉE COMME TRAITEMENT DU TESTICULE TUBERCULEUX. — En présence du sarcocèle tuberculeux, le chirurgien, il faut l'avouer, se trouve souvent dans un grand embarras.

Doit-il ne faire que de l'expectation? C'est notre avis, au moins dans la première période de l'affection et avant le développement d'abcès.

Doit-il avoir recours à la castration? Ce ne serait, en tout cas, que dans la période ultime, lorsqu'une suppuration abondante et incessamment entretenue a détruit le parenchyme du testicule et l'a transformé en un organe complétement inutile ; ce ne serait, dis-je, qu'en pareille occurrence que l'on pourrait, à la rigueur, en arriver à cette extrémité. M. Richet, qui pense que, dans bien des cas réputés testicules tuberculeux, on a plutôt affaire à des *suppurations chroniques*, paraît incliner vers

---

suffisamment garanti de la chaleur, de l'humidité, etc., s'il a aux pieds une bouteille d'eau chaude qui le brûle en fuyant, cela résulte toujours de ce que la mère, qui ne doit pas quitter son enfant, laisse son devoir pour courir dans le monde à la recherche des plaisirs, absolument comme Mme Benoiton, qui reste aujourd'hui comme un type pris sur nature de bon nombre de mères de notre génération nouvelle.

Pour ma part donc, si je compare ce moyen de traction que nous offre aujourd'hui le progrès industriel aux habitudes anciennes et aux dangers que l'incurie maternelle augmente chaque jour, je me crois en droit de défendre ce modeste véhicule, actuellement à la portée de toutes les bourses.

J'ajoute, en terminant cette lettre déjà trop longue sans doute, que promener un enfant en voiture pour le transporter d'un point à un autre, afin de lui faire respirer un air plus pur que celui des appartements, ne veut pas dire qu'on le condamne à rester immobile toute la journée ; non certes, car tous les jours nous voyons les bonnes remettre l'enfant sur leur genou ou à leur cou, lorsque celui-ci ne marche pas encore et qu'elles font une halte; et s'il marche, au contraire, le descendre de la petite voiture pour le laisser prendre ses ébats ; en un mot, le rendre à cette liberté de mouvements et de gymnastique naturelle qui fortifie, développe ses petits membres, et qu'on ne peut supprimer, quoi qu'on fasse.

Je livre cette lettre à votre appréciation, ainsi qu'à celle de vos lecteurs, vous priant d'agréer l'expression de mes meilleurs et plus dévoués sentiments.

Dr Édouard BURDEL,
Médecin de l'hôpital de Vierzon.

l'opportunité de l'ablation du testicule; d'autant plus, dit-il, qu'outre l'inutilité d'un organe détruit par le pus, il y a grand danger, si on laisse persister ce foyer, de voir survenir d'autres accidents d'infection, de laisser, par exemple, se développer la phthisie. Nous lui avons vu, dans ces circonstances, pratiquer, il y a quelque temps, la castration chez deux malades actuellement guéris. Sur l'un d'eux, les troubles respiratoires qui étaient manifestes avant l'opération, semblaient, en plusieurs mois, s'être plutôt amendés au moment de la sortie du malade.

Toutefois, la castration n'en reste pas moins une opération grave et qui frappe surtout l'imagination du patient, quand bien même le testicule ne possède plus ses propriétés physiologiques. Aussi Malgaigne avait-il proposé une nouvelle méthode qui consiste dans l'*abrasion* ou extirpation de tous les tissus ulcérés, fongueux du testicule, jusqu'à ce qu'on arrive sur une partie saine de cet organe, et qui donna lieu à une discussion académique en 1851.

M. Verneuil, dans le double but de faire tarir la suppuration, et de conserver au patient un testicule, que ce dernier a au moins l'illusion de croire encore valide, préfère la *cautérisation interstitielle*, qui se pratique en plongeant au milieu de la masse tuberculeuse ou suppurante, et à plusieurs reprises, un cautère actuel pointu chauffé à blanc. Ce chirurgien nous a dit avoir obtenu par ce procédé six cas de guérison. Chez l'un de ses malades, un des testicules avait été déjà enlevé, le second devint tuberculeux et finit par se cicatriser à la suite de ces cautérisations.

Nous venons de voir, du reste, à la Pitié, un petit garçon de 4 ans chez lequel cette méthode nous semble avoir donné un excellent résultat, non pas au point de vue de la conservation de l'organe, mais au point de vue de la cessation de tout phénomène inflammatoire. Le côté droit du scrotum qui, avant l'opération, était rouge, tuméfié, de la grosseur d'une mandarine et rempli de pus, est actuellement ratatiné, couvert de petites cicatrices et ne suppure plus. On peut donc croire chez lui à une guérison; combien de temps durera-t-elle, et le second testicule ne sera-t-il pas envahi bientôt? C'est là une crainte qu'il nous est au moins permis d'émettre; d'autant plus que, chez ce jeune enfant, la diathèse tuberculeuse n'est pas éteinte, puisqu'il porte au côté gauche de la poitrine un vaste abcès très-probablement symptomatique.

Quoi qu'il en soit, la cautérisation interstitielle est une méthode à l'étude, et nous ne devons pas encore la poser comme règle générale. Avant de porter un semblable jugement, nous attendrons qu'elle ait donné ses preuves. Dr GILLETTE.

Paris, 16 août 1873.

Très-honoré confrère,

Dans une de vos dernières *Causeries*, vous avez appelé l'attention sur une intéressante question de l'hygiène de l'enfance. Frappé de l'extension que prend, à Paris et, sans doute, dans bien d'autres villes, la coutume de promener les jeunes enfants couchés dans de petites voitures suspendues, vous avez eu le *pressentiment* que cette coutume devait être mauvaise, par cela seul qu'elle rompt avec l'usage, qui paraît être basé sur des indications naturelles; vous craignez que l'emploi de ces voitures ne soit nuisible au développement des muscles qui redressent et retiennent redressés la tête, le cou et la colonne vertébrale, et ne vienne, par suite, retarder l'époque à laquelle l'enfant pourra se maintenir dans la station verticale, qui, comme personne ne songe à le contester, est la station naturelle de l'homme. Vous craignez que, bercés par le mouvement de la voiture, les enfants ne dorment trop, ne profitent pas assez des sensations, des impressions du dehors, et que leur développement intellectuel ne vienne également à en souffrir. Jusqu'ici, vous raisonnez en physiologiste, mais *à priori*. Puis, entraîné par le sentiment poétique, par la théorie naturiste, vous dites que l'enfant doit être porté sur les bras, que c'est là une loi de la nature : la mère, en s'y conformant, accomplit une fonction naturelle. En n'y obéissant pas, la femme perd sa beauté. Lorque vous écriviez ces lignes, vous aviez sans doute sous les yeux les groupes gracieux qui ont inspiré aux grands maîtres de si délicieux tableaux.

Vos remarques, comme toujours élégamment présentées, n'auront pas manqué de trouver de nombreux partisans dans le Corps médical; vous ne tarderiez pas, je le crois, à former, comme vous le dites, une sainte ligue qui essayerait d'arrêter la propagation de ces véhicules dangereux. Déjà, un de nos honorables confrères, M. le docteur Perrin, est venu se ranger

BIBLIOTHÈQUE

DE L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE, ET DE SON APPLICATION A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE, par le docteur DUCHENNE (de Boulogne). Troisième édition, entièrement refondue. J.-B. Baillière et fils ; 1872.

Analyser la troisième édition de l'*Électrisation localisée* de M. Duchenne (de Boulogne) n'est certes pas chose facile. Aussi bien, une véritable analyse serait ici superflue, car la haute valeur de l'ouvrage est depuis longtemps connue ; et exposer en détail le contenu de ce livre, expliquer le but que l'auteur s'est proposé, le plan qu'il a suivi, noter les importantes découvertes qu'il a faites sur les maladies du système nerveux et les intéressantes descriptions cliniques dont la pathologie lui est redevable, ce serait répéter ce qu'aucun médecin n'ignore.

Mais l'édition nouvelle n'est pas une simple réimpression. De nombreux changements ont été faits, et des additions importantes justifient pleinement l'expression « entièrement refondue, » qui n'est plus ici une banalité. M. Duchenne, auteur de tant de progrès en pathologie, n'a pas cru que la science se fût arrêtée en chemin : après avoir donné l'impulsion sur un bon nombre de points, il a voulu suivre celle des autres, et, travailleur infatigable, il a tenu à mettre son œuvre au courant des travaux modernes. Aussi, son traité contient-il aujourd'hui, outre l'exposé de ses anciennes recherches, toute une série de vues nouvelles, où l'auteur résume l'état actuel de la science et discute, pour les rejeter ou les adopter, les opinions les plus récentes. Mais ce n'est pas seulement par l'examen critique des travaux d'autres auteurs que cette édition diffère profondément de la précédente ; c'est aussi, comme nous le verrons, par l'addition de monographies originales qui n'avaient pas encore trouvé place à côté des anciennes, et qui viennent couronner dignement la série des études cliniques et anatomo-pathologiques de M. Duchenne.

L'ouvrage est divisé, plus nettement que dans les autres éditions, en deux parties bien distinctes. L'une, sous le titre de *Méthodologie*, constitue un traité complet d'électro-thérapie, où sont décrits les appareils, les procédés d'application, les diverses espèces d'électricité, avec l'analyse détaillée de leur action physiologique et de leur valeur thérapeutique. Le chapitre III a subi des développements considérables : de vingt pages, il a été porté à cent. Ce qui ressort nettement de ces *Considérations historiques et critiques sur les principales méthodes d'électrisation*, c'est que l'auteur, après de nombreuses expériences comparatives et une étude consciencieuse des objections qui lui ont été faites, maintient son ancienne opinion quant à la supériorité de l'électrisation faradique (courants induits) sur l'électrisation galvanique (courants continus). Les *Conclusions générales* qu'il a placées à la fin de ce chapitre (p. 210), doivent être considérées comme le résumé impartial des discussions soulevées à cet égard par divers observateurs, par Remak surtout, et peuvent leur servir de clôture, au moins dans l'état

---

sous votre bannière pour combattre, non l'usage mesuré, comme il l'écrit lui-même, mais l'abus que vous signalez. Aux inconvénients que vous relevez, il ajoute « *le cahotage brutal et violent que, parfois, le pauvre bébé, endormi dans sa voiture, éprouve sur un pavé défoncé ou inégal, les dangers qui peuvent résulter d'une bouteille d'eau chaude placée à la hauteur des pieds de l'enfant, dans le but de remplacer chez lui le calorique maternel et celui qu'engendrerait le jeu de ses muscles inexpérimentés, lorsque, placé sur les bras de sa mère, il se livre à cette gymnastique gracieuse et souvent mutine, que chacun sait* ».

Vous avez provoqué la discussion sur ce sujet, vous appelez la controverse. Animé, comme vous, uniquement de l'amour du vrai et du bien, je viens, si vous voulez me le permettre, répondre à votre appel. Et d'abord, comme le comprend notre confrère M. le docteur Perrin, il ne s'agit pas de condamner, aussi radicalement que vous le proposez, l'usage mesuré de la petite voiture pour les enfants, mais de déterminer, par des faits bien observés, à quel moment commence l'abus, l'inconvénient de ce moyen de vection.

En attendant les faits, examinons la valeur des arguments que vous avez avancés pour qualifier *mauvais* et *dangereux* cet usage qui s'est généralisé si rapidement.

Vous reconnaîtrez, avec moi, qu'il ne peut être question, pendant au moins les trois premiers mois après la naissance, de placer les enfants dans la position assise, qui met en jeu les muscles du cou et de la colonne vertébrale. Ils sont toujours, dans ces premiers temps, étendus couchés sur les bras de la personne qui les porte; les parents ne songent pas alors, ordinairement, à faire usage de la petite voiture, attendu que le poids du bébé n'est pas assez considérable pour causer une véritable fatigue; en tout cas, il n'y aurait aucun inconvénient, puisque l'attitude sur les bras est la même que dans la petite voiture. Plus tard, à une époque qui varie suivant la force, l'état de santé de l'enfant, il commence, peu à peu, à se

actuel de la science. Il résulte de ces conclusions que la faradisation localisée n'exerce pas, comme on l'a dit, une action paralysante sur les nerfs vaso-moteurs; que les courants continus constants et les courants d'induction exercent une action identique sur les vaso-moteurs constricteurs; que l'action thérapeutique de la faradisation localisée s'exerce périphériquement, surtout en activant les circulations locales, et en excitant probablement les *nerfs trophiques*. (On sait que l'auteur s'est déclaré partisan de la théorie de Samuel sur cet ordre de nerfs, dont l'existence est encore bien hypothétique, et qu'il a dit « que, si les nerfs trophiques n'existaient pas, il faudrait les inventer pour expliquer l'inflammation). » La *contraction galvanotonique* de Remak, qui forme la base principale de la méthode de galvanisation par courants continus, est un phénomène purement imaginaire que M. Duchenne n'a jamais vu se produire. Les paralysies atrophiques consécutives aux paralysies traumatiques des nerfs, etc., guérissent mieux par la faradisation que par les courants continus. Cependant, ces derniers peuvent être associés avec succès aux courants induits, ou employés seuls, dans un certain nombre de cas déterminés par l'auteur.

La deuxième partie porte le titre suivant : *Recherches chimiques, électro-pathologiques, électro-thérapeutiques, prothétiques et orthopédiques.* Dans cet ensemble de monographies, qui portent notamment sur toute une famille de *maladies progressives* (atrophie musculaire, ataxie locomotrice, paralysie glosso-labio-laryngée), dont l'auteur a doté la pathologie, nous devons noter immédiatement, comme n'ayant pas figuré dans la deuxième édition, les espèces morbides suivantes : *Paralysie pseudo-hypertrophique, paralysie infantile obstétricale, paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte, paralysie générale spinale subaiguë.* L'auteur a complété, par des études anatomo-pathologiques et pathogéniques, la description de ces diverses maladies et de la paralysie spinale de l'enfance. Ses *Recherches icono-photographiques sur la structure intime des centres nerveux, à l'état normal et à l'état pathologique*, dont plusieurs ont déjà été communiquées à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine et à la Société de médecine de Paris, lui ont permis d'apporter une opinion autorisée dans ce genre d'investigations, qui ne peuvent être éclairées que par l'examen microscopique.

On voit, par ce simple énoncé, que la seconde partie du livre, qui mesure 800 pages sur 1,100, est consacrée à des travaux dans lesquels l'électrisation, bien que toujours étudiée soigneusement au point de vue de sa valeur diagnostique et thérapeutique, ne joue plus qu'un rôle secondaire. Considérée ainsi, non-seulement comme un traité d'électro-thérapie, mais comme l'ensemble des études cliniques et pathologiques de M. Duchenne, l'*électrisation localisée* semble ne plus mériter son nom, devenu trop restreint. Cependant l'auteur ne l'a pas modifié, et il a bien fait. C'est sous ce titre que l'ouvrage s'est fait connaître et a conquis sa popularité; l'un et l'autre sont aujourd'hui inséparables.

Disons maintenant quelques mots des différents chapitres ajoutés ou remaniés dans la seconde partie. C'est à ce rapide examen des nouveautés que l'ouvrage contient que se bornera notre analyse.

---

tenir dressé. C'est à partir de ce moment, jusqu'à l'âge où l'enfant marche seul (époque qui varie depuis un an jusqu'à vingt mois), qu'il y aurait inconvénient à trop prolonger la station horizontale. Mais il faut songer que le véhicule incriminé n'est usité que pendant la belle saison, lorsque le temps le permet, pendant les heures de la journée où la promenade est réellement favorable. En dehors des moments que le bébé passe dans son berceau et dans sa petite voiture, il est tenu sur les bras, ou il exerce ses muscles en prenant ses ébats sur un épais tapis ou sur une peau de mouton, ce qui est une excellente pratique. Quant aux enfants qui marchent seuls, la voiture ne sert généralement, comme vous pouvez vous en assurer aux Tuileries, aux Champs-Élysées, qu'à leur faire franchir rapidement, commodément et sans fatigue la distance qui sépare le domicile de leurs parents du lieu de promenade, où alors ils sont mis à terre et exercent leurs membres.

Vous vous apitoyez sur ce que les bébés s'endorment bercés par le mouvement de leur petit équipage; mais ce sommeil naturel, au *grand air*, n'a rien qui soit de nature à alarmer l'hygiéniste. Il est plus salubre, à mon sens, que celui qu'ils goûtent dans leurs berceaux, dans des appartements restreints, encombrés, dont l'atmosphère est souvent impure, ou sur les bras de leur mère ou de leur nourrice, dont la marche et la fatigue excitent, outre mesure, la transpiration. Je ne puis admettre avec vous, qu'à cette époque de la vie dont nous parlons, l'enfant ait à gagner aux sensations ni aux perceptions qui lui viennent du tumulte des rues. S'il dort paisible, bien enveloppé, commodément étendu sur les coussins de la promeneuse roulante, bien abrité du soleil et du vent, c'est qu'il ne souffre pas; d'ailleurs, porté sur les bras, il ne pourrait se livrer au sommeil que dans la position étendue et non dans la position dressée.

Les cahots que redoute M. le docteur Perrin peuvent être facilement évités par la personne

On connaît déjà les conclusions du chapitre sur les *Paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs mixtes*, portant sur l'état de la contractilité et de la sensibilité électriques dans les muscles paralysés, sur les indications diagnostiques et pronostiques qui en découlent, le retour de la tonicité musculaire et des mouvements volontaires par la faradisation localisée, l'époque à laquelle il convient de faradiser les muscles, etc. L'auteur y a ajouté une série d'observations de paralysies obstétricales des membres supérieurs avec ou sans fractures, luxations ou autres complications, d'où il résulte que l'élongation et la contusion des nerfs, dans les cas de ce genre, produisent les mêmes effets que les traumatismes ordinaires, et qu'il faut leur appliquer le même traitement.

Soixante pages, au lieu de trente, sont consacrées à la *Paralysie atrophique de l'enfance*. Début subit de la paralysie, en général avec fièvre ou quelquefois sans fièvre, avec ou sans convulsions ; paralysie complète et en masse, au début, allant en diminuant et se localisant ensuite dans un plus ou moins grand nombre de muscles ; contractilité électrique affaiblie, dès la première période, dans les muscles paralysés, et retour, après un certain temps, de cette contractilité dans les muscles ou portions de muscles dont le tissu n'a pas été altéré ; déformations partielles et variées des membres, dans une période très-avancée ; enfin, lésion spinale primitive, démontrée par l'analyse des symptômes et confirmée par l'anatomo-pathologie, tel est, d'une façon sommaire, le tableau de cette maladie. On voit que M. Duchenne soutient, contre MM. Roger et Laborde, que la maladie est parfois apyrétique ; et que, d'autre part, il a tenu compte des remarquables travaux de MM. Laborde, Cornil, Vulpian, Charcot et Geoffroy, Roger et Damaschino, etc., dont il expose les résultats dans une étude anatomique et pathogénique très-complète. Ce qui semble résulter bien clairement des faits aujourd'hui publiés, c'est que la lésion primitive de la paralysie atrophique de l'enfance siége dans les cellules des cornes antérieures de la moelle.

Dans le chapitre des *Paralysies spinales de l'adulte*, nous retrouvons une des plus anciennes études de M. Duchenne sur l'état de la contractilité électro-musculaire et sur sa valeur diagnostique dans les paraplégies spinales aiguës par lésion spontanée, par traumatisme ou par compression de la partie inférieure de la moelle. Cette étude est précédée de la description d'une nouvelle forme de paralysie spinale, que l'auteur propose de nommer *paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte*, et qui est identique, pour lui, à la paralysie atrophique de l'enfance. La symptomatologie est la même, et on doit supposer, par analogie, que la lésion siége aussi bien dans les cellules des cornes antérieures ; mais l'examen anatomique n'a pas encore été fait.

M. Duchenne traite avec des développements nouveaux la question de la *paralysie générale spinale*, maladie qui n'est que trop commune et trop méconnue, dit-il, et que depuis 1853 il essaie vainement de faire entrer dans le cadre nosologique. Il en décrit deux variétés : *paralysie générale spinale antérieure subaiguë*, et *paralysie générale spinale diffuse subaiguë*, suivant que la lésion paraît siéger dans les cellules antérieures ou s'étendre à d'autres parties de

---

chargée de traîner l'enfant, il suffit de choisir les voies et d'y apporter un peu de sollicitude et d'adresse. En tout cas, il ne serait pas juste de mettre sur le compte du véhicule le mauvais état des chemins qu'on lui fait parcourir. Il ne serait pas plus juste de lui imputer les accidents qui peuvent résulter du mauvais emploi d'une bouteille d'eau chaude placée dans la petite voiture ; ces accidents peuvent survenir et surviennent souvent dans un berceau. Un moyen de caléfaction douce, uniforme, destiné à tenir chauds les pieds de l'enfant, par les temps frais, vaut mieux, à mon avis, que les mouvements que le petit être peut faire lorsqu'il est assis sur les bras de la personne qui le porte. Ces mouvements sont très-bornés, la pression du bras qui maintient l'enfant ne peut que gêner la circulation de ses membres inférieurs. Chacun sait combien les cavaliers souffrent du froid aux pieds.

J'avoue ne pas bien comprendre, dans le cas qui nous occupe, l'intervention de ce que vous appelez la loi de la nature. Il ne s'agit pas ici de l'accomplissement d'une fonction, comme celle de la lactation, par exemple. Il n'est question que d'un usage qui varie, suivant les peuples et le degré de civilisation. Si je ne craignais de donner trop d'étendue à cette lettre, j'énumérerais les diverses manières de porter les enfants chez les différents peuples. Si vous n'avez pas fixé votre attention sur cette minime question d'anthropologie, vous seriez étonné combien les attitudes sont nombreuses et parfois absurdes, dangereuses même, chez les peuplades qui se rapprochent le plus de l'état dit de nature. En n'envisageant que celle qui est générale, en Europe, nous pourrions avancer que cette manière de porter les enfants est susceptible de plusieurs critiques. Elle est extrêmement fatigante pour la personne qui porte, pour peu que l'enfant ait atteint un certain poids et qu'il faille franchir une longue distance. Si l'on n'a pas la précaution de changer de bras (généralement les femmes portent l'enfant sur le bras gauche), la cuisse du bébé qui est soumise à une pression continue peut en

la moelle ; mais cette lésion est encore indéterminée, et les nouveaux faits cliniques sur lesquels l'auteur appuie sa description laissent encore obscurs beaucoup de points de cette question complexe et qui mérite de nouvelles recherches.

Ce serait une banalité que de louer les savantes descriptions cliniques que M. Duchenne a tracées de l'*atrophie musculaire progressive* et de la *paralysie glosso-labio-laryngée*. Mais peut-être l'interprétation physio-pathologique qu'il en donne n'est-elle pas entièrement à l'abri de la critique. Les travaux anatomo-pathologiques modernes ont nettement démontré que l'atrophie musculaire progressive a son origine dans une lésion centrale, l'atrophie des cellules antérieures de la moelle. M. Duchenne, qui avait d'abord pensé que le point de départ était dans les muscles, n'hésite pas à se ranger aujourd'hui à l'opinion précédente. Seulement, il persiste à faire de l'atrophie musculaire progressive une maladie caractérisée exclusivement par l'atrophie des muscles, sans paralysie, et refuse de considérer comme de même nature les atrophies musculaires qui accompagnent les paralysies atrophiques spinales dont nous avons parlé tout à l'heure. S'appuyant sur ce fait que l'atrophie musculaire progressive ne s'accompagne de paralysie qu'à la période ultime, il se trouve entraîné à une explication pathologique qui nous paraît contestable : « La propriété trophique des cellules, dit-il, est seule atteinte dans l'atrophie musculaire progressive ; tandis que, dans les paralysies atrophiques spinales, leurs propriétés motrices et trophiques sont lésées simultanément. » On s'explique difficilement, en vérité, que la dégénérescence d'une cellule abolisse l'une de ces deux propriétés en respectant l'autre. D'ailleurs, la persistance de la contractilité prouve l'intégrité de certains faisceaux musculaires, mais ne démontre nullement que les fibres atrophiées restent contractiles ; sa disparition à la période ultime marque la dégénérescence totale du muscle. Ces phénomènes cliniques paraissent donc en rapport avec la marche de la lésion périphérique, et peut-être avec la distribution variable de l'altération primitive dans les cellules antérieures de la moelle, mais ne peuvent suffire à séparer, quant à sa nature et à son mécanisme physiologique, les atrophies musculaires progressives des autres atrophies liées à une lésion centrale. Il serait plus juste, croyons-nous, de considérer simplement l'atrophie musculaire comme un groupe symptomatique survenant toutes les fois que le système des cellules antérieures de la moelle est affecté : c'est là une proposition générale que les travaux récents permettent dès aujourd'hui de formuler. Or, cette altération des cellules antérieures peuvent être secondaires, comme dans beaucoup de myélites, et, dans ce cas, l'atrophie musculaire apparaît comme symptôme concomitant au milieu d'un ensemble clinique plus ou moins complexe ; ou bien l'altération est primitive, quelquefois elle existe seule ; alors l'atrophie musculaire est protopathique, dénuée de complications ; enfin, la lésion des cellules antérieures varie dans ses divers caractères, son étendue, sa distribution, etc., d'où la variété des troubles périphériques qu'on observe et qu'on ne saurait actuellement grouper d'après des lois précises.

La paralysie glosso-labio-laryngée a pour cause une lésion du bulbe, découverte par M. Charcot, identique à celle de la moelle dans l'atrophie musculaire progressive. Ces deux

---

recevoir, à la longue, une courbure vicieuse. La station assise sur le bras peut amener sur les parties génitales de l'enfant une excitation fâcheuse. La femme qui porte l'enfant assis n'a pas la marche sûre quand le terrain est glissant, et trop souvent on constate des chutes dont les conséquences peuvent avoir une grande gravité. Enfin, où en serions-nous, en hygiène, si nous invoquions la *loi de la nature?* il nous faudrait nous dépouiller de la plupart des pièces qui composent nos vêtements, et abandonner la plupart de nos usages qui sont loin d'être fondés sur des indications naturelles.

Du moment que l'hygiène de l'enfance trouve son compte dans la nouvelle coutume dont nous discutons la portée, je suis fort peu touché des considérations relatives à l'esthétique. La comparaison que vous faites, entre la mère qui porte son enfant comme l'oranger porte ses fruits, est sans doute fort gracieuse, mais.... l'oranger n'a pas besoin de se déplacer pour ensoleiller ses fruits. Dans notre état de civilisation, vivant de la vie des grandes villes, il n'est pas facile de faire jouir le nourrisson de l'air pur et de la lumière. Malgré l'heureuse création des squares, trop souvent encore il faut faire franchir à l'enfant d'énormes distances pour qu'il puisse trouver un lieu de promenade. Si l'hygiéniste veut être obéi, il ne faut pas qu'il impose des exigences excessives. Si vous voulez que le nombre des mères nourrissant elles-mêmes leurs enfants s'accroisse, il faut aussi leur venir en aide. Il ne faut pas encore, aux fatigues de l'allaitement, ajouter celle qu'entraîne la nécessité de porter sur les bras, pendant de longues heures, un enfant dont le poids s'accroît souvent à mesure que les forces physiques de la mère diminuent. Cette question des promeneuses roulantes intéresse surtout cette classe nombreuse de la société qui n'a pas les moyens d'entretenir une personne uniquement pour veiller un enfant, ces ménages dans lesquels il faut que la mère soit, à la fois, nourrice et *bonne*. Devant les préjugés tyranniques dont il faut, hélas! tenir compte, que de jeunes

affections paraissent donc très-rapprochées l'une de l'autre, et on s'explique bien qu'elles puissent coïncider ou se montrer séparément. Cependant M. Duchenne, accordant encore une importance trop exclusive, selon nous, aux troubles périphériques, et insistant sur ce fait que l'atrophie musculaire progressive est une atrophie sans paralysie, tandis que la paralysie glosso-labio-laryngée est une paralysie sans atrophie, sépare entièrement ces deux affections, et considère leur coïncidence comme absolument fortuite.

Le chapitre de la *Paralysie pseudo-hypertrophique* ou *myo-sclérotique* est entièrement nouveau. C'est le résumé d'un important travail publié dans les *Archives générales* en 1868. Cette maladie est caractérisée par un affaiblissement progressif des muscles allant jusqu'à l'abolition des mouvements, et par l'augmentation du volume des muscles atteints, due à l'hyperplasie de leur tissu connectif interstitiel. C'est une affection de l'enfance, dont la pathogénie est encore très-obscure, et dans laquelle l'anatomie pathologique n'a encore révélé aucune altération appréciable des centres nerveux.

M. Duchenne a ajouté des notes nombreuses à son ancienne description de l'*Ataxie locomotrice progressive*. Il l'a complétée en décrivant les lésions anatomiques de la moelle et en signalant les nombreux épiphénomènes découverts par divers auteurs depuis que cette maladie est à l'étude, et qui sont des viscéralgies, des névralgies, des névroses des voies respiratoires, des lésions de nutrition (arthropathies, zona) ; enfin, une atrophie musculaire qui se développe quelquefois dans le cours de l'ataxie locomotrice, et qui est due à l'extension aux cellules antérieures du travail irritatif dont les cordons postérieurs sont le siége. (Charcot.)

Les changements que M. Duchenne a introduits dans l'*Électrisation localisée* ne se bornent pas à ceux que nous venons de signaler. Il faudrait, pour ne rien omettre, passer en revue de longs chapitres sur les *paralysies a frigore*, les *affections cérébrales et cérébelleuses*, les *paralysies et contractures partielles*, etc., qui tous renferment une riche collection de faits et d'importantes notions de physiologie, de séméiologie et d'électro-thérapeutique. Nous ne pourrions en donner qu'une idée affaiblie ; aussi nous bornerons-nous aux quelques remarques qui précèdent, et qui n'ont d'autre prétention que de signaler une fois de plus à l'attention des médecins et des élèves un ouvrage déjà bien connu et justement apprécié, mais que de nouveaux travaux et d'importantes additions ont mis au courant de la science moderne, sans lui faire rien perdre de son originalité.

L.-Gustave RICHELOT,
Aide d'anatomie.

---

mères, à qui les modiques ressources interdisent la dépense d'une bonne d'enfant, reculeraient devant l'idée de porter elles-mêmes sur les promenades publiques leur nourrisson, dans la tenue que leur impose la position du mari, et qui maintenant sont heureuses de pousser devant elles la promeneuse! Une fois sur le lieu de promenade, la voiture devient berceau, et l'enfant respire l'air pendant que la mère travaille à l'aiguille et surveille les aînés, qui prennent leurs ébats autour d'elle. Ce groupe est sans doute, pour l'artiste, moins poétique que ceux que reproduisait Raphaël ; mais, pour l'hygiéniste qui envisage la vie pratique, il a, certes, bien ses charmes et ses satisfactions réelles.

Pardonnez-moi, cher confrère, la longueur de cette lettre. Vous le savez, je suis grand-père, et j'ai presque déjà le triste privilége d'être prolixe. Pour conclure, laissez-moi vous dire que je me promets bien, au printemps prochain, de faire cadeau à ma petite-fille d'une jolie voiture suspendue, sans craindre de nuire à son développement physique.

Veuillez agréer, je vous prie, etc.

A. LE ROY DE MÉRICOURT.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 15 août, on a constaté 841 décès, savoir :

Rougeole, 21 décès ; — scarlatine, » ; — fièvre typhoïde, 12 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite aiguë, 23 ; — pneumonie, 35 ; — dysenterie, 5 ; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 58 ; — choléra nostras, 3 ; — angine couenneuse, 7 ; — croup, 15 ; — affections puerpérales, 2 ; — autres affections aiguës, 274 ; — affections chroniques, 323 (dont 156 dues à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 44 ; — causes accidentelles, 14.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Grasset est institué chef de clinique médicale près la Faculté de médecine de Montpellier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 août 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans les départements de l'Aveyron et d'Ille-et-Vilaine.

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Luton, de Reims, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, dont le dépôt est accepté.

—

M. Ch. Robin présente de la part de l'auteur, M. le docteur Letiévant, professeur de physiologie à l'École de médecine de Lyon, un ouvrage intitulé : *Traité des sections nerveuses.*

—

M. le docteur Bertillon fait une communication sous ce titre : *Études sur la population française.* (Com. MM. Guérard, Bergeron et Broca.)

Nous publierons dans un prochain numéro une analyse de ce travail considérable, dont la lecture, écoutée avec un grand intérêt, a été accueillie par les applaudissements de l'assistance, et dont l'auteur a reçu des membres de l'Académie les plus vives félicitations et les encouragements les plus flatteurs.

A cinq heures l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Giraldès sur les candidats au titre de membre correspondant étranger.

FORMULAIRE

Eau contre la goutte. — Bence-Jones.

Benzoate de potasse	} *ââ.*	90 centigrammes.
Borate de potasse		
Bicarbonate de potasse		7 gr. 25 centigr.
Eau distillée.		500 grammes.

Faites dissoudre et chargez la solution d'acide carbonique.

Cette eau minérale artificielle est administrée à la dose de un à trois verres par jour aux goutteux, dans l'intervalle des accès. On pense qu'elle a pour effet de transformer les urates en hippurates, qui sont plus solubles, et qu'elle contribue ainsi à débarrasser le sang de l'excès d'acide urique qu'il renferme. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 21 Août 1786.

—

Mort de Charles d'Eslon, premier médecin du comte d'Artois. Il a eu le malheur de se constituer le plus zélé partisan du magnétisme mesmérien, de devenir le disciple de ce charlatan, et de s'emparer à son profit de la foule des crédules. — A. Ch.

COURRIER

Le Congrès médical de Londres a adopté, par acclamation, la proposition faite par le Comité de nommer membres honoraires les docteurs Ricord et Demarquay, qui, par leur présence et leurs discours, avaient puissamment contribué à l'intérêt du meeting tenu, en 1872, à Birmingham.

— M. le docteur Ricord est nommé chirurgien consultant de la Maison municipale de santé, en remplacement de M. Denonvilliers.

École de pharmacie de Montpellier. — M. Malosse (Théodore) est nommé préparateur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Barbast, démissionnaire.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

PATHOLOGIE

DE L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE CONSÉCUTIVE A LA THORACENTÈSE. ARGUMENTATION ET RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SOUTENUE A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX;

Lecture faite à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances des 25 juillet et 8 août 1873 (1),

Par le docteur FÉRÉOL, médecin de la Maison municipale de santé.

La troisième objection est celle-ci :

S'il y avait une perforation bronchique, il serait impossible qu'elle ne fût pas accompagnée de pneumothorax, du moment que la plèvre a été vidée par la thoracentèse; car alors les fonctions respiratoires se rétablissent, et les conditions deviennent les meilleures pour que l'air soit appelé dans la cavité pleurale. M. Moutard-Martin rappelle, à ce sujet, avec quelle force d'aspiration la baudruche est appliquée contre l'orifice de la canule, lorsque le malade est pris de quintes de toux après l'évacuation du liquide: « Supposez-vous donc, ajoute notre collègue, que la pression intra-pulmonaire, l'appel vers la cavité pleurale ne se fassent pas sentir aussi fortement dans les vésicules pulmonaires que sur la baudruche qui ferme la canule? »

Au premier abord, cette argumentation semble irréfutable; il se pourrait cependant qu'elle le fût moins qu'elle ne le paraît.

D'abord, il convient de faire une réserve.

La force avec laquelle la baudruche est appliquée contre l'orifice de la canule pendant les efforts d'inspiration donne, si l'on veut, une idée de la pression exercée par l'air extérieur pour entrer dans la plèvre; mais cette force est certainement supérieure à la pression que font pendant l'inspiration les gaz bronchiques pour dilater le poumon et se précipiter dans la plèvre s'il y a un orifice. D'après les recherches récentes de M. Bert, la pression des gaz dans les alvéoles pulmonaires est inférieure à la pression atmosphérique pendant l'inspiration; elle lui est supérieure pendant l'expiration. A l'état normal, la différence équivaut à la pression d'une colonne de mercure de 1 centimètre de hauteur, comme l'a rappelé M. Brouardel. La proportion peut être modifiée, il est vrai, dans les grandes inspirations;

(1) Suite. — Voir les numéros des 5 et 7 août.

FEUILLETON

CAUSERIES

N'admirez-vous pas notre administration préfectorale, qui vient de supprimer l'envoi à tous les médecins de Paris du *Bulletin hebdomadaire* des décès dans cette capitale, dans Londres, Berlin, etc., au moment même où nous sommes cernés de tous côtés par le choléra, c'est-à-dire au moment même où nous aurions le plus grand intérêt à recevoir ce Bulletin? Non, ce Bulletin n'est plus publié que dans le *Journal officiel*, numéro du lundi. Et, de plus, sa contexture en a été modifiée, et d'une façon peu heureuse. Autrefois, il distinguait les décès à domicile des décès dans les hôpitaux; le chiffre des décès est aujourd'hui donné en bloc; de sorte que, pour l'indication des maladies qui ont occasionné les décès, ce Bulletin ne présente plus les mêmes garanties d'exactitude, car on sait qu'on ne peut avoir la même confiance aux indications portées sur les feuilles des médecins vérificateurs des décès en ville, qu'aux pancartes affichées sur chaque lit d'hôpital.

Vous devriez joindre votre voix à la mienne, honorés confrères de Paris, pour que la préfecture nous rende ce Bulletin, et nous le rende sous son ancienne forme. Le fléau asiatique nous environne; il est un peu ou beaucoup partout, dans l'est et le nord de l'Europe. Il n'est pas présumable que nous soyons épargnés. Eh bien, chaque apparition nouvelle du choléra doit être le sujet d'études et de recherches nouvelles. Et, par exemple, le choléra, avant qu'il ne se dessine sous la forme décidément épidémique, est-il précédé de ce que quelques médecins ont désigné sous le nom de constitution cholérique? Je connais des confrères qui ont sur

mais, en tous cas, le rapport ne peut être renversé; autrement, au lieu de pénétrer dans le poumon, l'air en sortirait; c'est la condition même du phénomène.

Il suit de là, ce me semble, que, si la perforation n'est pas accomplie au moment où la piqûre du thorax est faite, ce n'est pas pendant l'inspiration qu'elle se produira, mais bien pendant l'expiration, et surtout pendant l'expiration forcée des quintes de toux. C'est l'hypothèse que j'ai émise, et elle est conforme à tout ce qui a été écrit sur la question. M. M. Perrin le disait tout à l'heure à propos des fistules broncho-costales dont le signe pathognomonique est la sortie de l'air à l'*expiration;* M. Richet, M. Dolbeau, dans leurs études respectives sur l'emphysème sous-cutané, ont insisté sur ce point que c'était pendant l'expiration, et surtout pendant l'effort, que se produisait l'introduction de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané, quelquefois dans le médiastin et même dans la plèvre; et nous avons dans nos bulletins une curieuse observation apportée ici par notre président actuel, M. Bernutz, et par M. Desnos, dans lequel un pneumothorax s'est produit chez un homme vigoureux et bien portant, consécutivement à un effort musculaire considérable. (Séance du 28 juin 1865.)

Ce n'est donc pas la force d'application de la baudruche contre l'orifice de la canule pendant l'inspiration qui pourrait donner une idée de la pression que supporte la vésicule pulmonaire avant de se rompre; ce serait plutôt la force avec laquelle la baudruche est projetée loin de cet orifice après la rupture faite, qui pourrait donner l'idée de ce qu'a dû être cette pression. Et je vois, du reste, que c'est bien ainsi que les choses se sont passées dans une observation de M. Moutard-Martin, où cette rupture est évidende, et a été suivie d'hydro-pneumothorax.

Mais, va-t-on me dire, ce n'est là qu'une pure chicane. Peu importe, après tout, que l'air entre dans la plèvre pendant l'inspiration ou pendant l'expiration, pourvu qu'il y entre; et le fait de M. Moutard-Martin prouve que lorsque la perforation se fait à la suite de la thoracentèse, il se produit un pneumothorax. C'est tout ce qu'il faut démontrer.

A coup sûr je ne prétends pas que toute perforation survenue dans ces circonstances soit nécessairement incompatible avec le pneumothorax, ni que l'entrée de l'air dans la plèvre soit toujours impossible. Mais, d'un autre côté, est-il bien certain que l'entrée de l'air soit fatale et absolument infaillible en cas pareil? Cela ne me paraît pas démontré; je crois qu'il y a là une question de mesure, d'équilibre de forces; qu'en un mot, dans certains cas, le pneumothorax se manifestera, que dans

---

ce point une conviction aussi arrêtée que possible. Ils pensent que nous sommes en plein, dans ce moment, sous l'influence de cette constitution, qui se traduit par un nombre considérable de dérangements intestinaux.

Il est certain que les Bulletins de la mortalité indiquent une aggravation notable de ce côté; mais n'en est-il pas tous les ans de même à cette époque? Et ce qu'on pourrait appeler le *choléra des prunes* n'est-il pas annuel? Cependant cette question de l'existence ou de la non-existence d'une constitution cholérique prémonitoire n'est pas indifférente. — Ne pas confondre cette question avec celle de la diarrhée prémonitoire, l'épidémie cholérique étant bien établie. — L'existence d'une constitution médicale cholérique, devançant et annonçant l'invasion prochaine d'une épidémie de choléra, étant démontrée comme le pensent encore quelques médecins, la doctrine absolue de l'importation en recevrait un échec. Il serait donc très-intéressant de savoir si, oui ou non, nous nous trouvons sous quelque influence de ce genre, et nous ne pouvons le savoir que par la comparaison des Bulletins de la mortalité actuelle avec ceux des années précédentes à la même époque. Rendez-nous donc nos Bulletins, Monsieur le préfet de la Seine, car vous ne pouvez raisonnablement exiger que tous les médecins s'abonnent à l'*Officiel*, ni même, ce qui serait beaucoup mieux, à l'UNION MÉDICALE, qui reproduit pourtant vos Bulletins aujourd'hui mutilés.

Mon Dieu, quelle fureur de voyages et de villégiature! Il n'y avait pas trente académiciens mardi, rue des Saint-Pères, et c'est devant un auditoire bien restreint que M. Bertillon a fait sa belle conférence sur la démographie figurée. Que de choses douloureuses nous révèle la statistique! Et quand on manie cet instrument précieux avec le talent et l'habileté de M. Bertillon, on doit faire des vœux pour que l'atmosphère politique devienne assez calme et sereine

d'autres il peut manquer. En effet, certaines observations très-précises nous démontrent que l'entrée de l'air ne se fait pas aussi facilement dans la plèvre qu'on est porté à le croire. Il est admis généralement aujourd'hui que la principale fonction de l'élasticité pulmonaire est d'assurer le retrait du poumon dans l'expiration normale, les muscles expirateurs n'entrant en jeu que dans les expirations forcées, et dans l'effort; et on semble conclure de là que toutes les fois que l'air extérieur peut exercer sa pression sur la surface pulmonaire, l'élasticité du poumon entre en action, et l'organe se rétracte le long de la colonne vertébrale. C'est bien ainsi que les choses se passent sur le cadavre; mais il n'en est pas tout à fait de même sur le vivant; certaines blessures accidentelles, certaines opérations d'empyème en ont fourni des preuves évidentes. « Les lésions de la plèvre pariétale sans blessure du poumon, dit M. Dolbeau (thèse d'agrégation, p. 22), ne s'accompagnent pas nécessairement de l'entrée de l'air dans la poitrine; mais si une cause quelconque, l'instrument vulnérant, par exemple, refoule l'organe, l'air fait irruption; si l'air pénètre dans la plèvre, il en est bientôt expulsé; et il s'établit un mouvement alternatif d'entrée et de sortie. »

On trouve dans les *Bulletins de la Société des hôpitaux*, 10 janvier 1855, une curieuse observation de pleurésie chez un enfant de 4 ans. Après deux ponctions successives qui avaient donné issue à du pus, on pratique l'empyème, avec lavages, et voici ce que note M. Barthez :

« Dans l'expiration ordinaire, rien ne sort de la cavité pleurale; rien n'y pénètre dans l'inspiration, quelque profonde qu'elle soit, malgré la présence d'une mèche, et cela sans doute à cause d'un défaut de parallélisme entre l'ouverture de la plèvre et celle de la peau. C'est seulement lorsqu'on introduit une sonde dans la plaie que l'air pénètre; cette sonde rencontre d'ailleurs immédiatement le poumon, et il faut l'incliner fortement le long des parois costales pour la faire pénétrer.... Après le pansement, on perçoit du tintement métallique en arrière; mais, une heure après, le tintement a disparu et la respiration paraît pure, quoique faible. » Et, dans ses remarques, M. Barthez insiste encore à ce sujet : « L'air entré dans la poitrine en sort avec facilité, et n'empêche pas la dilatation immédiate ou du moins très-rapide du poumon, qui ne reste pas ratatiné et inerte. L'air ne pénètre pas à chaque inspiration, à moins qu'on ne maintienne exprès la plaie béante; le moindre pansement, même avec une mèche à demeure, le moindre défaut de parallélisme des

---

afin que notre laborieux confrère ne soit plus arraché à ses savantes études par de stériles et énervantes agitations.

Je donne la parole aujourd'hui à ceux qui me viennent en aide dans la question des petites voitures pour les enfants. Voici d'abord une lettre de M. le docteur Caron, auteur estimé du livre de la *Puériculture* :

Mon cher confrère,

Je vous aurais fait une plus prompte réponse si, depuis le jour où j'ai eu l'honneur de vous parler à l'Académie, je n'avais été pris d'une prostatite aiguë, qui a paralysé ma plume et mon cerveau autant que ma vessie. Aujourd'hui, dans un de ces moments de répit à la douleur, j'en profite pour vous confirmer dans les justes et physiologiques appréciations que vous avez exposées dans votre causerie du 2 août, sur les inconvénients de ces voitures pour les tout jeunes enfants.

C'est en ma qualité de médecin praticien, de véritable et consciencieux *puériculteur*, que je me permettrai de compléter vos observations à ce sujet.

D'une part, la mère qui tient son enfant dans ses bras le couve, elle le réchauffe, et l'atmosphère douce et tiède quelle développe autour de lui le préserve en partie des rigueurs de la saison; elle veille avec plus de sollicitude sur les différentes positions de ses organes, et le regard dirigé sur celui de son enfant concourt à développer les premières impressions de la sensibilité intellectuelle. Les échanges incessants de ces impressions développent, fortifient, régularisent ces premières fonctions cérébrales. C'est bien ici le vrai moment de dire que le mieux est réellement l'ennemi du bien.

Car si ces équipages donnent plus de liberté à la mère ou à la nourrice, lui donnent-ils

lèvres de la plaie, s'opposent à son entrée. L'air s'échappe avec facilité, ou est résorbé, et le poumon effleure bientôt les côtes. »

Ces deux citations concordantes prouvent que le poumon vivant ne cède pas aussi facilement qu'on le croit à la pression atmosphérique, s'exerçant directement sur lui par l'intermédiaire d'une plaie thoracique.

Elles me remettent en mémoire une conversation que j'ai eue récemment avec M. Vidal, notre collègue, à propos du meilleur pansement à employer consécutivement à l'empyème; M. Vidal m'affirmait s'être très-bien trouvé d'une baudruche un peu épaisse, ou d'un morceau de péricarde de bœuf (la blague à tabac vulgaire) collée directement sur la plaie à l'aide de collodion, puis légèrement décollée dans une petite étendue à la partie déclive. De cette façon, les liquides pleuraux peuvent s'écouler sans que l'air soit appelé à chaque inspiration dans la plèvre.

Or, si le poumon, dans certains cas, résiste à la pression atmosphérique qui s'exerce par une ouverture de la paroi thoracique, s'il ne se laisse pas refouler contre la colonne vertébrale, pourquoi ne réagirait-il pas de même, dans certains cas aussi, contre la pression des gaz qui tendraient à s'introduire dans la plèvre par une perforation bronchique? C'est là, il me semble, une question de mesure, d'équilibre de forces, qui peut être tranchée dans un sens ou dans l'autre; mais il ne me paraît pas certain qu'elle doive l'être toujours dans le sens du pneumothorax. Sans doute, si le liquide a été évacué complétement, si les viscères ont repris leurs positions respectives, si les forces élastiques qui les y rappellent sont satisfaites et épuisées, les conditions seront les meilleures possible pour que le pneumothorax se produise, dans le cas où il y aurait une perforation. Mais faites les suppositions inverses; ne conçoit-on pas alors que l'introduction de l'air dans la plèvre puisse être empêchée? Et les mêmes forces qui s'opposent à l'entrée de l'air dans le cas de plaie thoracique, ne peuvent-elles pas s'y opposer dans le cas de fistule bronchique?

Soit, dit M. Brouardel, je vous le concède, mais seulement dans le cas où l'*une* ou l'*autre* de ces ouvertures existe à la paroi pleurale; mais dans le cas où l'*une* et l'*autre* se rencontrent à la fois, la supposition est inadmissible.

J'avoue que je ne comprends pas bien le motif de cette distinction. La canule donne issue à une certaine quantité de liquide, qui est chassée par les pressions élastiques des viscères; tant que ces pressions ne sont pas satisfaites, le liquide coule; quand elles sont épuisées, l'écoulement s'arrête; il reste alors toujours une

---

toujours la certitude du bien-être d'un enfant sur la figure duquel une partie du drap ou du rideau vient s'appliquer, au point de compromettre sa respiration, ou tout au moins le priver de la vue des objets extérieurs?

Quant à l'action bienfaisante vivificatrice de cette atmosphère chaude que développe la femme au profit de l'enfant, peut-on toujours compter qu'elle sera plus utilement remplacée par cette bouteille d'eau chaude ou la brique que l'on a soin de placer au fond du véhicule, et sur lesquels viennent arc-bouter les pieds de l'enfant? Et d'ailleurs, qui pourra toujours répondre que ce foyer calorifiant sera toujours assez soigneusement préparé pour ne jamais compromettre les organes si tendres, si délicats de ces petits êtres, qui, par le vacillement même du véhicule, les condamne à descendre sur ce foyer de chaleur? Nous avons déjà été à même de constater des érythèmes au premier degré et des brûlures superficielles dues à la présence de cet appareil.

Et si l'on veut bien y faire attention, cette précaution, toute sage et prudente qu'elle est, ne préservera pas les enfants de la congélation faciale de certains hivers rigoureux; tout comme on observera pendant les chaleurs caniculaires des insolations de la face et des congestions cérébrales, qui résulteront de l'insuffisance de cet abri protecteur déjà si nuisible à la surveillance de la mère.

Mais, jusqu'ici, je ne vous ai encore parlé que des plus légers inconvénients attachés à ce mode de transport des nouveau-nés.

Le plus sérieux, le plus capital de tous, c'est la facilité avec laquelle l'enfant absorbe, pendant tout le temps de la promenade, le contenu d'un biberon, d'une capacité ridicule, composé en dépit de toute règle d'hygiène et de saine physiologie, réservoir placé sous la couverture du bébé, placé avec intention entre ses petites jambes. Ce biberon est muni d'une

certaine quantité de liquide qui se trouve dans une sorte d'équilibre indifférent, et qui n'est sollicité à sortir par aucune force. Supposez qu'à ce moment, et dans une quinte de toux, il se fasse une petite perforation, il entrera dans la plèvre, au moment de l'expiration, une certaine quantité d'air; cela me paraît inévitable; mais si cette quantité est petite, elle peut très-bien passer inaperçue, et ne pas donner lieu aux signes du pneumothorax. Toute la question est de savoir si elle va s'augmenter par des additions successives ou se résorber. Eh bien, il ne me paraît pas démontré qu'elle doive toujours s'augmenter; et il me semble possible que le retour des fonctions thoraciques, après la thoracentèse, soit assez incomplet pour que le pneumothorax ne se prononce pas.

Toutefois, en admettant le fait comme possible dans la thoracentèse pratiquée par le procédé Reybard, il faut bien avouer que l'emploi des appareils aspirateurs modifie considérablement les circonstances; et j'arrive ici à la quatrième des objections principales qui m'ont été adressées : « Du moment que vous vous servez d'appareils aspirateurs, me dit-on, comment comprendre que le pneumothorax ne se produise pas? Ici, l'aspiration doit avoir facilement raison de ces forces élastiques qui, suivant vous, seraient capables de s'opposer à la sortie de l'air par l'orifice pleural de la fistule; il est impossible que, sous l'action de l'aspiration qui se fait sentir dans la plèvre, les gaz bronchiques n'y fassent pas irruption si la perforation existe. »

A cette objection, dont je reconnais la valeur, j'ai cru un instant, je l'avoue, avoir répondu de manière à satisfaire tout le monde; et l'observation de M. Troisier (seizième de la thèse de M. Terrillon) me paraissait venir là fort à point à la fois pour prouver la justesse de l'objection et pour y donner réponse. On se rappelle que, dans ce fait, la thoracentèse pratiquée par l'aspirateur Potain a dû être suspendue à cause des douleurs particulièrement vives, des quintes de toux fatigantes, et du sentiment d'angoisse qu'éprouva le malade vers la fin de l'évacuation; ces symptômes furent si accentués qu'on dut arrêter l'aspiration; quelques instants après, quand on voulut la reprendre, ce n'est pas du liquide qui se précipita dans le récipient, mais bien des gaz, dont on évalue le volume à un quart de litre.

Que s'est-il passé là? J'avoue que le tableau, dont je n'ai pas chargé les couleurs, me paraît encore aujourd'hui favorable à l'hypothèse de la perforation bronchique.

Toutefois, ce n'a pas été l'avis de M. Desnos, qui attribue cette production gazeuse dans la plèvre au dégagement des gaz normalement dissous dans le liquide

---

longue allonge en caoutchouc, qui permet à l'enfant de téter inconsidérément tout le temps que dure la promenade et qu'il existe du liquide dans le récipient. Je laisse à votre appréciation de juger des avantages que l'enfant peut retirer d'une semblable amélioration, les garanties présentes et à venir pour la santé de l'enfant, et enfin quelle est la part de satisfaction d'une mère ou d'une nourrice, qui a joui d'une tranquillité passagère, illusoire, au prix de résultats si profondément compromettants pour la santé présente du sujet, et pour la constitution définitive de l'homme ou de la femme qu'ils seront appelés à représenter dans la société. Ce n'est certes pas par ce progrès que l'on travaillera à l'amélioration de notre espèce et que se reconstitueront les générations futures!

Telles sont, mon cher confrère, les plus importantes considérations que je voulais vous signaler sur ce sujet, quant à présent.

Excusez mon griffonnage, rédigé entre plusieurs crises de cystite très-douloureuse.

Recevez l'expression de mes plus cordiales civilités confraternelles.

Dr CARON.

L'Espérance du Peuple, journal qui se publie à Nantes, donne hebdomadairement un feuilleton scientifique rédigé par M. le docteur Roquette, syphiliographe distingué, le Ricord de Nantes. M. le docteur Roquette, après avoir reproduit une partie de mon article, la fait suivre des réflexions suivantes :

« Nous pensons, ainsi que notre savant confrère, que les petites voitures, comme système de locomotion, constituent pour l'enfance un danger sérieux. Nous appelons sur ce qu'a publié l'éminent rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, toute l'attention de nos lecteurs, et nous les tiendrons au courant de ce que produira l'appel qu'il a fait au Corps médical.

pleural; ces gaz, sous l'action de l'aspiration, entreraient en ébullition, comme l'eau qu'on fait bouillir sous la machine pneumatique, et ce phénomène suffirait à rendre compte du pneumothorax tout passager qui s'est produit dans cette circonstance; en effet, le lendemain, il n'y avait plus trace d'épanchement gazeux, et le malade entrait en convalescence.

(*La fin à un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

DE L'ÉPIDIDYMITE CASÉEUSE, par M. le docteur Léon MOUGIN. — Chez Adrien Delahaye.

DES PRÉTENDUS TUBERCULES DU TESTICULE.

Depuis longtemps déjà, les chirurgiens contestent l'opportunité de la distinction faite par Curling entre l'orchite chronique et le tubercule du testicule. Dès 1846, Vidal (de Cassis) se demandait, dans son *Traité de pathologie externe*, « si les chirurgiens n'avaient pas quelquefois vu des tubercules où il n'y en avait pas », faisant remarquer que les glandes sont très-rarement tuberculeuses; que les causes des tubercules du testicule sont des causes d'inflammation, qu'il est très-rare enfin que la phthisie pulmonaire marche avec la *prétendue* affection tuberculeuse des testicules (1). « Il ne serait pas étonnant, alors, ajoute-t-il, qu'on eût pris pour des tubercules de petits abcès du testicule. »

A la même époque, Velpeau, qui déjà en 1844 avait signalé l'orchite chronique non tuberculeuse comme une affection rare et prédisposant aux tubercules, déclarait à la Société de chirurgie que l'histoire des tubercules du testicule était encore à l'état d'ébauche, et qu'il fallait bien observer avant d'affirmer quoi que ce soit.

Enfin, le 4 mars de cette année, M. Richet, reprenant la question, soutint la thèse que Vidal (de Cassis) avait autrefois établie en termes peu affirmatifs, et l'appuya sur des arguments nouveaux qui inspirèrent à M. Mougin la pensée d'écrire sa thèse sur ce sujet. C'est cette thèse, honorée par ses juges de la note *très-bien*, que nous présentons ici à nos lecteurs.

M. Mougin commence par exposer l'historique de la question en termes concis, mais complets. Cette histoire peut se résumer ainsi : Jusqu'à Astley Cooper, toutes les affections chroniques du testicule et de l'épididyme étaient confondues. Le premier, cet auteur donne de l'engorgement chronique du testicule une description clinique excellente; malheureusement cet auteur, après avoir parfaitement décrit l'inflammation chronique du testicule (ce qu'on

(1) Dernièrement, M. Salleron n'a trouvé qu'un phthisique sur 51 malades atteints de tubercule du testicule.

« Nous sommes persuadé, dès aujourd'hui, que les faits donneront grandement raison à M. A. Latour, Dieu n'ayant pas fait l'enfant pour être promené, dès sa naissance, dans une petite voiture, mais pour être porté et bercé dans les bras de sa mère.

« Dr Charles ROQUETTE. »

Enfin, l'*Abeille médicale de Paris* m'a fait aussi l'honneur de reproduire mon feuilleton, mais en l'accompagnant d'une note si bienveillante, que la reproduction m'en est impossible.

C'est très-bien, chers et honorés confrères, approbateurs ou dissidents. Mais, jusqu'ici, nous restons tous sur le domaine du sentiment. Je demande des faits pour ou contre mon pressentiment sur les petites voitures. Je ne saurais avoir évidemment de parti pris contre ces véhicules. Il me semble qu'ils ne doivent pas faire du bien aux petits êtres pour lesquels on les emploie; mais ce n'est là, je le répète, qu'une simple vue de l'esprit que je ne peux appuyer que sur des données théoriques. Les faits me donnent-ils tort ou raison? Je n'en sais rien encore. Mes approbateurs restent aussi dans des idées générales; ils ne prouvent pas que la chose soit nuisible, comme mes contradicteurs critiques ne prouvent pas davantage qu'elle ne le soit pas. Nous pourrons ainsi nous escrimer longtemps sans rien avancer. Des faits! des faits! nous discuterons après.

Dr SIMPLICE.

appelle le tubercule), donne une description beaucoup moins longue de l'inflammation scrofuleuse, sans qu'il soit possible de voir par où cette dernière se distingue de la première.

Enfin Curling, en 1844, prétendit distinguer cliniquement et histologiquement le tubercule du testicule de l'orchite chronique; mais, comme son traducteur, M. Gosselin, est obligé de le reconnaître lui-même, cette description de l'orchite chronique n'est qu'une vaste erreur d'interprétation; l'auteur y mêle le tubercule syphilitique, y confond tous les symptômes, et fonde son anatomie pathologique sur la naissance des tubercules dans les tubes séminifères, opinion que M. Villemin a victorieusement combattue. M. Mougin se propose de prouver l'inanité de cette distinction établie par Curling entre l'orchite chronique et le tubercule, la caséification survenant dans l'un et l'autre cas, et montre par l'exposé historique que nous venons de résumer que le passé n'est point défavorable à l'unité de lésion.

Après avoir rapporté la clinique dans laquelle M. Richet attaque la spécificité du tubercule du testicule, M. Mougin étudie cette maladie sous le nom d'épididymite caséeuse, nom qu'il s'attache tout d'abord à justifier. Le nom de tubercule du testicule ne pouvait être conservé dans aucun de ses termes, puisqu'aux yeux de l'auteur il ne s'agit ici ni de tubercule ni de testicule (l'épididyme étant toujours l'origine du mal). Le nom d'épididymite scrofuleuse eût préjugé la question diathésique. Celui d'épididymite caséeuse ne soulève aucune de ces objections.

A l'article *anatomie pathologique*, M. Mougin réfute l'opinion généralement admise que la dégénérescence caséeuse atteint la tête de l'épididyme avant la queue, caractère dont on a voulu faire un moyen de diagnostic avec l'épididymite chronique; les deux parties de cet organe sont prises aussi souvent l'une que l'autre. En quoi il se rencontre avec M. Salleron, dont il rapporte les paroles : « Je crains, dit cet auteur, que ce caractère prétendu distinctif, donné par les auteurs pour éviter la confusion entre l'épididymite tuberculeuse et la blennorrhagique, ne soit une affaire de raisonnement plutôt que d'observation clinique, parce qu'on suppose que, dans le premier cas, l'affection s'étend du testicule à l'épididyme, tandis que dans le second elle se propage de l'épididyme au testicule. »

On lira aussi avec intérêt la discussion des opinions de MM. Robin et Verneuil, d'une part, et de M. Villemin, de l'autre; les premiers s'attachant à l'opinion de Curling et faisant naître les tubercules dans les tubes séminifères, le second ne reconnaissant la matière caséeuse que dans le tissu conjonctif.

Enfin, M. Mougin explique longuement, et en s'aidant des travaux les plus récents, l'histologie de l'épididymite caséeuse. Sans le suivre dans ses intéressantes discussions, nous reproduirons sa conclusion : « Dans l'épididyme, on ne rencontre que l'inflammation caséeuse, jamais ni la granulation grise (tubercule proprement dit) ni la granulation fibreuse (fibrome atrophique de Billroth, dont Virchow et Gurtl nient la nature tuberculeuse). Ces deux derniers produits sont des curiosités anatomiques dans le testicule; l'infiltration caséeuse y est fréquente, consécutivement à celle de l'épididyme. »

La maladie a deux débuts possibles : tantôt l'inflammation s'établit d'une façon si lente et si latente, qu'elle passe presque inaperçue, jusqu'à ce qu'un traumatisme ou toute autre cause vienne précipiter sa marche; tantôt elle succède à une blennorrhagie ancienne; ce dernier processus est celui que M. Fournier a décrit dans le dictionnaire dirigé par M. Jaccoud sous le nom d'*épididymite pseudo-tuberculeuse.*

Ces deux formes ont été décrites par Velpeau; mais cet auteur crut la première plus grave que la seconde, ce que dément l'observation.

La prostate est un des organes qui se prennent le plus vite, soit après, soit avant l'épididyme. La suppuration de la portion prostatique de l'urèthre est même, aux yeux de M. Richet, une cause très-fréquente d'épididymite caséeuse. Cette portion de l'urèthre, peu accessible aux injections ordonnées contre une blennorrhagie, suppure souvent très-longtemps après que cette maladie a cessé, et la preuve, c'est que le doigt du chirurgien, introduit par le rectum et promené sur tout le trajet de l'urèthre, amène très-souvent une goutte de pus à l'orifice de l'urèthre.

« Croyez-vous, disait M. Richet, qu'une suppuration aussi prolongée à l'entrée des conduits éjaculateurs puisse être inoffensive? Non, certes, elle se propagera par ces conduits aux vésicules séminales et à l'épididyme. Dernièrement, un médecin de province me consulta pour une tumeur des deux testicules dont il était atteint lui-même. Il vint me trouver fort effrayé, croyant que c'étaient des cancers. « Si les deux testicules sont pris, lui dis-je, ce n'est pas du « cancer. » Ayant examiné sa tumeur, je lui demandai s'il n'avait point eu de blennorrhée, ce qu'il avoua, ajoutant qu'elle était guérie depuis longtemps. Cependant le toucher rectal, pratiqué comme je viens de le dire, amena du pus au méat urinaire. Je conseillai alors à mon confrère des injections émollientes qui, faisant cesser la cause du mal (la suppuration de la por-

tion prostatique de l'urèthre), firent bientôt cesser le mal lui-même et disparaître les tumeurs alarmantes. »

Les altérations de la prostate se traduisent souvent par des pissements de sang ou par une empreinte sur les matières fécales, qu'elles tachent quelquefois avec du pus.

Lorsque la cause de la maladie est purement locale, comme dans l'observation à laquelle M. Richet faisait allusion, la maladie est facilement curable sans opération. Mais si la maladie reconnaît une cause plus générale, la castration, en supprimant les longues suppurations, relève l'état du malade et le guérit, tant que la prostate et les vésicules séminales ne sont pas trop malades. M. Tillaux montra (voir l'UNION MÉDICALE du 30 novembre 1871), à la Société de chirurgie, un malade en pleine santé sept ans après cette opération.

Mais la suppuration continuelle peut, en épuisant le malade, le rendre peu à peu piohémique et causer des abcès métastatiques miliaires, ressemblant beaucoup à de la tuberculose, mais très-différents dans leur nature. Le malade tousse, maigrit, présente aux sommets les premiers symptômes de phthisie. Souvent alors le chirurgien recule devant l'opération, le malade semblant en trop triste état pour pouvoir la supporter. Qu'il la fasse néanmoins, et le malade qu'on croyait tuberculeux reviendra rapidement à la santé. Jamais l'aphorisme *sublatâ causâ, tollitur effectus*, ne se sera plus pleinement confirmé. La clinique constate le fait; M. Mougin en cite plusieurs exemples. Mais cette théorie n'est pas encore classique ; elle est pour cela trop nouvelle.

Le traitement de cette maladie fut l'objet d'une discussion récente à la Société de chirurgie. M. Mougin le discute assez longuement. M. Verneuil préconise les cautérisations au fer rouge qui dégorgent assez rapidement le testicule, et peuvent être fort utiles. Mais elles rendent cet organe absolument stérile. M. Verneuil croit néanmoins très-consolant pour le malade d'avoir conservé ce qu'il appelle un testicule *moral*. Il faut être, on l'avouera, bien philosophe pour se contenter d'un symbole aussi stérile que le testicule très-moral de M. Verneuil.

M. Legouest fit remarquer que, pour être moral, ce testicule n'est pas toujours guéri, et qu'il est grave d'exposer l'organisme aux chances d'une récidive et d'une nouvelle opération. Peut-être donc faut-il préférer la castration, opération dont on a exagéré les dangers, et qui, bien faite et bien pansée, n'a pas donné à Curling 1 mort sur 30 opérations.

Telle est, en résumé, la thèse de M. Mougin; nous n'en avons analysé que les parties les plus nouvelles. Seize observations presque toutes inédites, plusieurs leçons également inédites de M. Charcot appuient les opinions qui y sont émises; ces opinions ne sont autres d'ailleurs que celles de M. Richet, l'illustre maître de M. Mougin. Si ces opinions se confirment, elles n'auront pas seulement fait avancer la science théorique en montrant sous son vrai jour une des maladies les plus fréquentes du testicule; elles auront en outre rendu un service à la médecine pratique, en montrant : 1° qu'il ne faut pas désespérer d'un malade épuisé par l'épididymite caséeuse, même si ses sommets sont atteints; 2° que la castration peut être une ressource très-efficace, et même être la seule qui reste au malade.

J. BERTILLON.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouillaud présente, au nom de M. Quinquaud, une note sur les variations de l'hémoglobine dans les maladies, note que résument les conclusions suivantes :

« Le chiffre de l'hémoglobine, dosée par la détermination de la quantité maximum d'oxygène absorbé par le sang chez un individu robuste, s'élève de 125 à 130 gram. pour 1000 gram. de sang ; chez quelques sujets on trouve 115 gram. sans qu'il en résulte d'état pathologique bien net.

Les variations de l'hémoglobine dans les maladies sont nombreuses, et leur étude nous a conduit à certaines déductions qui peuvent servir au diagnostic et au pronostic :

1° Le cancer, la chlorose, parfois la phthisie tuberculeuse au troisième degré, sont les maladies qui abaissent le plus le chiffre de l'hémoglobine.

2° Lorsque, dans un cas de maladie fébrile aiguë, on hésite entre une fièvre typhoïde et une granulie aiguë, le chiffre de l'hémoglobine est un élément sérieux pour le diagnostic ; dans la fièvre typhoïde au douzième jour, l'hémoglobine ne descend guère au-dessous de 115, tandis qu'à pareille époque, dans la granulie, elle est à 90.

3° Dans les cas de certaines tumeurs viscérales, l'hémoglobine peut également servir au diagnostic; ainsi, dans la carcinome, elle tombe à 40 et même à 38, tandis que, dans les autres tumeurs (kystes, tumeurs fibreuses), elle reste aux environs de 80.

4° Lorsque chez une femme on hésite entre la chlorose et une tuberculose au premier degré,

le dosage de l'hémoglobine peut servir à faire le diagnostic différentiel; ainsi, en moyenne, dans la chlorose l'hémoglobine descend à 57 et dans la tuberculose à 100 environ.

5° Quand, dans la fièvre typhoïde survenue sur un sujet bien portant, l'hémoglobine tombe à 96, le pronostic est grave.

(Un tableau indique les poids d'hémoglobine dans diverses maladies.)

La méthode de dosage à l'hydrosulfite de soude, employée dans ces recherches, a été décrite dans les *Comptes rendus* du 16 juin 1873; ce n'est que grâce au volume restreint de sang nécessaire (5 à 8 centimètres cubes) que ces dosages ont pu être poussés aussi loin. »

En présentant le volume de l'*Association française pour l'avancement des sciences* (première session, tenue à Bordeaux), M. de Quatrefages, Président de l'Association, s'exprime comme il suit :

« Au nom de l'Association française, j'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie du compte rendu de la première session. Je viens de le recevoir à l'instant, et n'ai pu le parcourir de manière à renouveler mes souvenirs. Une analyse, même sommaire, serait d'ailleurs bien longue, car ce volume a plus de treize cents pages et un atlas de quinze planches. Je me borne donc à dire que toutes les sciences ont été représentées au congrès de Bordeaux, et que le nombre des communications faites par les membres a été d'environ deux cents. Comme dans la plupart des réunions de cette nature, toutes n'étaient pas entièrement nouvelles : certains sujets traités dans nos séances avaient été exposés ailleurs; d'autres l'ont été depuis cette époque, et devant l'Académie elle-même; mais ce volume renferme aussi plusieurs travaux entièrement originaux, qui n'ont paru que là, et qui seront consultés avec fruit par tous les savants spéciaux.

Je me permettrai, en terminant, d'appeler l'attention de l'Académie sur la devise que porte ce volume : *Par la science, pour la Patrie.* Elle indique la double pensée qui a présidé à la fondation de l'Association française et l'esprit général qui en anime tous les membres. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 mai 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Sommaire. — De la ponction aspiratrice dans les épanchements du genou. — Extrophie complète de la vessie.

M. Desprès, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Verneuil et Cruveilhier, a lu un rapport sur un travail de M. le docteur Dieulafoy, relatif au traitement des épanchements du genou par la ponction aspiratrice.

Le mémoire de M. Dieulafoy renferme l'observation de vingt-deux malades chez lesquels on a fait soixante-cinq fois, sans accidents, la ponction de l'articulation du genou pour des épanchements séreux, séro-purulents et purulents.

Suivant le rapporteur, si l'on considère la durée du traitement, on voit que la nouvelle méthode, le plus souvent, ne guérit pas plus vite que le traitement classique; dans quelques observations, cependant, la rapidité de la guérison a été remarquable.

Les quantités de liquide extraites par l'aspiration ont été, en moyenne, 60 grammes dans les hydarthroses traumatiques, 70 grammes dans les hydarthroses rhumatismales, 40 grammes dans les épanchements purulents.

Chez plusieurs malades, l'épanchement s'est reproduit, et la ponction a dû être pratiquée deux, trois et quatre fois.

M. Desprès déclare que, dans les hydarthroses traumatiques, l'ancienne méthode donne des résultats aussi bons que la méthode aspiratrice; dans les hydarthroses rhumatismales, la ponction aspiratrice n'est d'aucune utilité; dans les arthrites blennorrhagiques, les vésicatoires doivent être employés de préférence; dans les hydarthroses chroniques, qui résistent au traitement classique, la ponction aspiratrice sera employée utilement.

Quant aux épanchements sanguins articulaires, auxquels, d'ailleurs, M. Dieulafoy n'a pas appliqué sa méthode, il serait dangereux de les ponctionner.

Dans la discussion qui a suivi le rapport de M. Desprès, et à laquelle ont pris part MM. Blot, Dubreuil, Verneuil, Demarquay, Dolbeau, Panas, Marjolin, Duplay, Sée, Tillaux, Guyon, les conclusions de la commission ont été généralement approuvées. La ponction du genou a été considérée comme une opération très-grave, pouvant même être suivie d'accidents mortels, comme M. Dubreuilh en a cité un cas. De l'avis de presque tous les membres qui ont pris la parole, le traitement classique doit être préféré à la nouvelle méthode, il guérit tout aussi bien et sans danger; les douleurs si vives qui accompagnent l'hydarthrose aiguë sont plus efficacement combattues, suivant M. Verneuil, par l'immobilisation du membre

que par la ponction aspiratrice, car si cette opération est suivie de la cessation instantanée de la douleur, celle-ci reparaît, au bout de quelques heures, tout aussi intense qu'auparavant.

— M. le docteur Pénard, de Rochefort, a lu ensuite une observation d'extrophie de la vessie chez une petite fille.

— M. le docteur Cazin, de Boulogne, a lu une observation de dilatation variqueuse de l'artère temporale. Le sujet de cette observation est un enfant chez lequel, à la suite d'un coup de bâton reçu sur la région temporale gauche, la branche antérieure de la temporale commença à devenir variqueuse. La dilatation ne cessant de faire des progrès, l'enfant fut amené à la consultation de M. le docteur Cazin, qui se décida à tenter la ligature. L'opération fut pratiquée le 27 mars; trois ligatures et six aiguilles de Simpson furent appliquées, en tout neuf points de constriction. Il ne fut pas nécessaire de recourir aux injections de perchlorure de fer, car le sang se coagula spontanément. Le malade est, aujourd'hui, guéri.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique à Bellevue.

JOURNAL DES JOURNAUX

Influence du repos dans l'ataxie locomotrice, par le docteur WEIR MITCHELL. — La maladresse des ataxiques à marcher, résultant de l'affaiblissement et de la contraction saccadée de leurs muscles, les expose surtout à tomber et à se fracturer les membres inférieurs. Qui n'a tremblé de crainte à cet égard en les voyant marcher avec l'incertitude qui les distingue et les caractérise? C'est par suite de cet accident que l'influence salutaire du repos s'est révélée à l'auteur dans six cas qu'il rapporte. Dans le premier, le malade fut renversé d'une petite voiture, dix ans après le début des accidents, et une rupture des ligaments latéraux internes en résulta. Pendant un séjour forcé de trois mois au lit, les douleurs diminuèrent d'abord d'intensité, puis de fréquence, et cessèrent enfin sans reparaître plus tard. Les symptômes ataxiques ne firent aucun progrès, malgré une maladie des poumons qui le conduisit au tombeau plusieurs années après cet *heureux* accident.

Un ataxique de 47 ans, s'étant fracturé la jambe, vit ses douleurs cesser pendant un long séjour au lit. Elles ne sont pas reparues depuis cinq ans, mais l'ataxie persiste.

De même chez un troisième ataxique, dont la consolidation d'une double fracture de la cuisse et de la jambe amena la cessation des douleurs et l'arrêt de la maladie depuis quatre ans, et dont la marche était très-rapide avant cet accident.

Dans un quatrième cas, les douleurs cessèrent également pour ne plus reparaître pendant le traitement d'une fracture de la jambe gauche.

Le cinquième est une femme de 48 ans, actuellement à l'hôpital orthopédique de Philadelphie, qui souffrait de violentes douleurs ataxiques, s'étant fracturé la jambe gauche, il y a quelques semaines; les douleurs ont cessé depuis son séjour au lit pour le traitement de sa fracture.

Enfin, pour vérifier la réalité de cette action du repos sur l'ataxie, M. Mitchell a soumis l'un des malades les plus graves de l'hôpital orthopédique de Philadelphie à un repos forcé au lit pendant plusieurs semaines, en cessant tout autre traitement, et le résultat a été des plus satisfaisants. Tandis qu'il ne pouvait marcher sans aide auparavant ni se tenir debout les yeux fermés, et que les douleurs étaient extrêmes, il put, après six semaines de repos presque absolu, se tenir debout les yeux fermés, marcher sans aide dans la chambre, sans que les douleurs se soient manifestées depuis le septième jour de son traitement par le repos absolu au lit. (*Amer. journ. of med. sciences*, juillet.)

Il est ainsi évident que cette amélioration n'est pas une simple coïncidence. L'activité fonctionnelle est donc préjudiciable aux ataxiques, de même que le mouvement rappelle la douleur dans certaines névralgies de la face. Sans chercher à en expliquer le mécanisme, on peut donc essayer du repos. Si l'expérience en confirme l'efficacité, ce sera un grand progrès dans cette maladie si grave. — P. G.

L'auscultation comme moyen d'assurer le diagnostic de la pierre. — Le docteur H. HEAD, médecin de l'hôpital Adélaïde, de Dublin, ayant encore quelques doutes sur la présence d'un calcul vésical après l'introduction du cathéter pour le déceler, eut l'idée d'adapter à l'extrémité libre de celui-ci un tube en caoutchouc vulcanisé, de 18 à 24 pouces de long, muni d'un embout d'ivoire se plaçant dans l'oreille, afin de percevoir le bruit résultant du choc de l'instrument métallique sur le calcul. Il entendit ainsi, avec une parfaite netteté, l'instrument frapper la pierre, de manière à n'avoir plus aucun doute. Le diagnostic était éclairci. (*Irish hop. Gaz.*, juillet.)

Plusieurs autres observations ont confirmé l'utilité de ce moyen supplémentaire de diag-

nostic. Expérimentalement, une pierre grosse comme un pois peut être décelée. Mieux vaut deux moyens qu'un seul dans les cas douteux. — P. G.

Effet des ligatures perdues dans l'ovariotomie, par M. le docteur CHEEVER, de Boston. — Sur trois cas d'ovariotomie pratiqués en ville, relatés en détail, il y a deux guérisons. Cette proportion, à peine normale aujourd'hui, n'a donc rien d'intéressant, mais un enseignement pratique résulte de la première de ces observations. Le pédicule était large et court et, en raison de l'épaisseur du tissu adipeux, le clamp ne put être appliqué. Les vaisseaux du pédicule furent donc liés séparément, suivant la pratique usitée en Amérique, au moyen de dix ligatures en soie qui, coupées court, rentrèrent avec lui dans l'abdomen. Le quinzième jour, un abcès surgit dans la plaie, et dans la sixième semaine un autre se fit jour dans le rectum et coula pendant plusieurs jours sous forme de dysenterie purulente. Un troisième abcès s'ouvrit dans la plaie dans la neuvième semaine et un écoulement fistuleux persistait encore quatre mois après, quoique l'opérée fut considérée comme guérie.

Ces abcès sont probablement dus aux fils introduits dans l'abdomen, car dans la pratique de M. Spenser Wells, des abcès semblables ont suivi, dans quelques cas, la rentrée du pédicule et des ligatures perdues dans le péritoine. Dans la pratique du docteur Keith, des abcès du bassin suivis d'une fistule intestinale s'ensuivirent, et M. Bryant eut un cas, en 1867, où ces ligatures perdues furent rendues quelques mois après par un anus artificiel qui guérit heureusement.

C'est donc là un effet accidentel des ligatures perdues. Aussi l'emploi du clamp est-il préféré par M. Spencer Wells. Si plusieurs opérées, dit-il, guérissent aussi bien avec le traitement intra-péritonéal, il en est qui, tôt ou tard, souffrent de suppuration chronique, d'hématocèle ou de fistule fécale, ou bien qui, sans siége défini du mal, sont plusieurs mois avant de se rétablir complétement.

Le curieux phénomène physiologique de la menstruation par le moignon du pédicule, qui survient au moins dans le tiers des cas à la suite du traitement extra-péritonéal, est une preuve en sa faveur, suivant le savant ovariotomiste, car, dit-il, si le sang qui s'échappe ainsi au dehors avant l'occlusion complète des trompes de Fallope, à la suite de l'emploi du clamp, s'épanchait dans la cavité péritonéale, le résultat serait fatalement un hématocèle. C'est ainsi qu'il se montre après l'emploi des ligatures perdues. (*Boston med. and surg. Journ.*, mai.)

Ce sont là de sérieuses objections contre cette méthode. — P. G.

FORMULAIRE

POTION CONTRE LA GRIPPE.

Infusion de polygala.	100	grammes.
Gomme ammoniaque.	2	—
Gomme arabique pulvérisée.	4	—
Sirop thébaïque	25	—

F. s. a. une potion à donner dans la grippe, par cuillerées d'heure en heure. — Tisane de lierre terrestre, sinapismes sur le thorax. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 23 AOUT 1752.

A. Le Camus, médecin de la Faculté de Paris, écrit au *Journal de Verdun*, et lui décrit la maladie dont est atteinte la femme Supiot. Maladie bien singulière, en effet!... Cette femme est âgée de 35 ans; les os du fémur sont tellement recourbés en dehors, de chaque côté, qu'ils remontent le long des flancs; les jambes s'élèvent à côté de la poitrine et la serrent fortement; le pied gauche passe derrière l'omoplate, et la plante de ce pied, recourbé, sert d'oreiller à la tête. L'humérus droit est courbé dans sa partie moyenne, de dedans en dehors; l'humérus gauche forme un vrai Z renversé... Est-ce que le squelette de cette femme Supiot ne figure pas aujourd'hui dans les vitrines du Musée Dupuytren? — A. Ch.

COURRIER

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. (Correspondance de Lyon.) — La deuxième session de l'Association française pour l'avancement des sciences s'est ouverte, le 21, à Lyon, sous la présidence de M. de Quatrefages.

Une grande affluence de savants se pressait à cette séance d'ouverture. On peut évaluer à six cents le nombre des membres déjà présents.

M. le préfet du Rhône a ouvert la session par un discours de bienvenue. Deux autres dis-

cours, l'un de M. le président, l'autre du secrétaire général, ont soulevé des applaudissements unanimes.

A la séance du soir, M. Carl Vogt a fait une intéressante conférence sur les volcans. Demain commenceront les travaux des sections.

Nous apprenons avec plaisir que la section médicale est largement représentée. (*Gazette hebdomadaire.*)

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Sont nommés, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims :

1° Professeur de physiologie (chaire transformée), M. Decès, professeur d'anatomie et de physiologie ;

2° Professeur d'anatomie descriptive (chaire transformée), M. Doyen, professeur adjoint de pathologie externe ;

3° Professeur de thérapeutique (chaire transformée), M. Maldan, professeur d'histoire naturelle et matière médicale ;

4° Professeur d'histoire naturelle médicale (chaire transformée), M. Lemoine, suppléant, en remplacement de M. Maldan ;

5° Professeur adjoint de pathologie externe, M. Luton, suppléant pour les chaires de médecine, en remplacement de M. Doyen ;

6° Suppléant pour les chaires de médecine, M. Henrot, suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Luton.

ASILE DE PRÉMONTRÉ. — *Réponse admirable d'un fou.* — Longtemps avant son entrée à l'asile, un lypémaniaque s'était, dans une tentative de suicide, violemment contusionné le pied droit. Il en était résulté une vaste carie du tarse et de l'extrémité inférieure des os de la jambe. La suppuration était abondante et d'une odeur infecte. Ces jours-ci, la gangrène envahit les plaies. L'amputation était indispensable et urgente.

M. le docteur Viret, directeur de l'asile, la pratiqua, le 17 courant, avec une remarquable habileté, après avoir obtenu l'approbation de l'inspecteur, le consentement de la famille de l'aliéné, et l'adhésion de celui-ci.

Le patient, qu'on ne jugea pas à propos d'anesthésier, supporta les douleurs de l'opération avec la résignation et le calme d'un parfait stoïcien. Après la ligature des artères, le docteur Viret lui demande avec bonté s'il veut boire une ou deux cuillerées de bordeaux.

Du ton le plus affectueux et le plus reconnaissant, le pauvre fou lui répond : *Songez à vous d'abord, monsieur le Directeur, vous avez travaillé mieux que moi!* — L. M.

BULLETIN DU CHOLÉRA. — Sa décroissance, à Venise, était plus apparente que réelle. Après le mouvement journalier de 26, 20, 23, 13, 12, 16, 16, 11 cas nouveaux jusqu'au 1er août, ceux-ci se sont relevés à 22, 24, 12, 29, 24, 10, 15 jusqu'au 8. C'est un total de 273 cas dans cette quinzaine. Portogruaro, Chiaggia et Mestre sont les localités les plus décimées de la province.

Après une trêve de six jours, 6 nouveaux cas ont éclaté, à Padoue, du 1er au 2 août, et l'épidémie continue depuis avec une certaine intensité dans la ville et dans la campagne, notamment à Piove.

Elle persiste avec peu d'intensité dans les provinces de Trévise et du Frioul, et s'étend aux alentours. L'importation s'est ainsi manifestée à Parme, à Desenzano et à Trieste, où le contact avec Vienne, Venise et autres lieux infectés explique cette diffusion, surtout parmi l'armée.

La pénurie de médecins commence à se faire sentir dans les hôpitaux, dans les lazarets, et surtout dans les campagnes. Les suppléants et les assistants sont déjà requis ; les jeunes lauréats sont même invités à aller remplir quelque poste. (*Gazz. med. Venete.*)

D'Autriche, les nouvelles de l'épidémie sont toujours rares et tardives. Les plus récents rapports montrent malheureusement une recrudescence du fléau en Hongrie et en Gallicie, où les victimes se comptent par milliers. 3 médecins figurent dans ce nécrologe. (*Wiener medic Wochenschr* ; août.)

2 cas ont eu lieu, à Stettin, le 6 août. A Kœnigsberg, 20 à 25 cas, dont la moitié sont mortels, sont enregistrés chaque jour. A Dantzig, sur 33 cas, le 4 août, on comptait 24 décès et des cas se montraient dans les environs. A Munich, 13 cas, dont 8 mortels, sont survenus du 30 juillet au 5 août.

Dans leur laconicité, ces détails ne manquent pas, comme on voit, d'une certaine gravité. — Y.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

PATHOLOGIE

DE L'EXPECTORATION ALBUMINEUSE CONSÉCUTIVE A LA THORACENTÈSE. ARGUMENTATION ET RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SOUTENUE A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX;

Lecture faite à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances des 25 juillet et 8 août 1873 (1),

Par le docteur FÉNÉOL, médecin de la Maison municipale de santé.

M. Woillez a essayé d'abord de contester cette explication, et a fait observer que l'aspiration pratiquée avec l'appareil Potain est bien loin d'être aussi énergique que celle d'une machine pneumatique; en effet, si loin qu'il ait pu la pousser, il n'est jamais parvenu à faire entrer en ébullition de l'eau dont il avait à moitié rempli le récipient; c'est à peine s'il a vu quelques petites bulles microscopiques traverser de bas en haut le liquide.

M. Desnos a répondu, avec beaucoup de raison, que la sérosité pleurale était autrement riche en gaz dissous que ne l'est de l'eau claire; et j'ai pu ces jours derniers vérifier l'exactitude de cette assertion. J'ai renouvelé l'expérience de M. Woillez, non plus sur de l'eau, mais sur une sérosité pleurale qui venait d'être extraite par la thoracentèse. J'ai vu alors, en effet, une assez grande quantité de petites bulles fines se former dans le liquide le long des parois du vase, le long des flocons fibrineux qui s'étaient déjà coagulés, puis monter et venir crever à la surface, en donnant lieu, non pas à une ébullition, mais à un phénomène rappelant en très-petit ce qui se passe dans un de ces carafons d'eau de Seltz, qu'on désigne sous le nom de siphon, lorsqu'on presse sur le mécanisme qui permet à l'eau chargée de gaz de s'échapper. Je dois dire pourtant que, pour arriver à ce résultat, j'ai dû pomper avec énergie et persistance, et produire dans le récipient un vide plus parfait certainement que celui avec lequel l'appareil avait fonctionné sur mon malade; et je dois dire également que les petites bulles de gaz qui m'ont apparu étaient loin de représenter, à mes yeux, un volume comparable à celui d'un quart de litre qui est mentionné dans l'observation de M. Troisier. Or, si, comme je le pense, M. Troisier s'est servi, pour pratiquer son observation, d'un récipient calibré, son évaluation parait mériter toute créance. M. Desnos la conteste, cependant, et dit que sans doute il faut défalquer de cette estimation la mousse qui surnage le liquide. Mais rien ne dit que cette défalcation n'ait pas été faite, en effet, par l'observateur; et nous tombons ici dans de véritables minuties d'argumentation.

Quoi qu'il en soit, le fait avancé par M. Desnos est incontestable : les liquides pleuraux sont très-riches en gaz dissous; mon interne en pharmacie, M. Leprince, a eu l'idée de placer sous le vide de la machine pneumatique le liquide pleural dont je parlais tout à l'heure; il s'est produit une véritable ébullition tout à fait comparable alors à celle du siphon d'eau de Seltz, et d'autant plus comparable que, comme il était facile de le prévoir, les gaz obtenus ainsi étaient constitués principalement par de l'acide carbonique.

M. Desnos fait en même temps remarquer que dans toutes les opérations pratiquées à l'aide de l'aspirateur, qu'on agisse sur le liquide pleural ou sur celui d'un kyste hépatique (j'ajouterai moi-même sur la sérosité articulaire), partout, en un mot, on peut observer un dégagement de fines bulles de gaz qui passe en même temps que le liquide dans l'index de l'appareil.

Cela est très-exact encore; mais on peut faire observer à M. Desnos que la quantité de gaz qui sort ainsi en même temps que le liquide est toujours très-petite Pendant le cours de l'opération, les bulles sont microscopiques et forment une traînée linéaire à peine visible au centre de la veine liquide; ce n'est guère qu'à la fin qu'elles deviennent plus grosses; mais alors le liquide cesse de couler; et, dans tous les cas, nous sommes ici bien loin des proportions qui sont accusées dans l'observation de M. Troisier. Il reste à savoir si les autres circonstances de cette

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 5, 7 et 23 août.

observation, la rapidité avec laquelle s'est fait en quelques instants un épanchement gazeux évalué à un quart de litre, la douleur et l'angoisse du malade, ne plaident pas en faveur de la perforation, plutôt qu'en faveur de l'explication de M. Desnos; et j'avoue que la question ne me paraît pas facile à trancher.

Ce n'est pas, du reste, la première fois qu'elle se présente devant la Société des hôpitaux; même avant que les appareils aspirateurs ne fussent en usage, on avait remarqué dans quelques circonstances qu'il se produisait un pneumothorax passager à la suite de la thoracentèse; et ces faits, assez rares, firent l'objet d'une communication intéressante de MM. Roger et Trousseau dans la séance du 25 septembre 1850; Walleix croyait que la collection gazeuse était due dans ces cas à la rupture de quelques vésicules pulmonaires; M. Trousseau et M. Roger soutinrent dès lors l'opinion que cet épanchement gazeux était simplement le résultat du dégagement des gaz contenus en dissolution dans le liquide pleural; et cette explication paraît avoir réuni alors, comme aujourd'hui, la grande majorité, sinon l'unanimité des suffrages. Ce mécanisme pourrait donc rendre compte de l'issue des quelques bulles de gaz qui ont été signalées par M. Woillez à la fin d'une de ses opérations (troisième du mémoire de M. Marrotte), en acceptant parfaitement, d'ailleurs, qu'il ne soit pas entré d'air dans la plèvre par l'orifice de la canule, comme l'affirme M. Woillez.

C'est aussi cette même explication qui a été adoptée par M. Jaccoud dans son travail sur le pneumothorax essentiel (*Gaz. hebdom.*, 1864). Niant le pneumothorax primitif et le pneumothorax pneumonique, M. Jaccoud admet le pneumothorax pleurétique par décomposition des gaz contenus en dissolution dans le liquide pleural; et il fait observer à ce sujet que M. Demarquay, dans son *Essai de pneumatologie*, a indiqué un moyen de reconnaître par l'analyse chimique s'il existe ou non une perforation pulmonaire; ce procédé est fondé sur la rapidité avec laquelle l'oxygène se résorbe quand il est introduit dans les séreuses. Donc, si on recueille successivement à quelques instants d'intervalle plusieurs échantillons du gaz contenu dans la plèvre, on devra, s'il y a une perforation, trouver dans ces différents échantillons une quantité d'oxygène qui ira en croissant à mesure que l'échantillon aura été recueilli plus tardivement; s'il n'y a pas de perforation, la quantité d'oxygène sera sensiblement la même dans tous les échantillons.

Malheureusement ce procédé paraît d'une application assez difficile en dehors de l'expérimentation sur les animaux, et il est à craindre qu'il ne soit jamais d'une grande utilité dans la pratique.

En résumé, cette quatrième objection est certainement une des plus puissantes.

Arrivé à ce point de ma tâche, je dois avouer que si j'ai cherché de mon mieux les raisons qui pouvaient militer en faveur de l'hypothèse de la perforation spontanée, je suis loin de croire que j'aie répondu victorieusement à la contradiction qui m'a été opposée. Je sens tout le premier et je signale l'insuffisance d'une argumentation qui, depuis quatre mois que le début est engagé, a dû rester toute théorique ou même hypothétique, sans qu'un seul fait nouveau ni un seul adhérent lui ait été acquis.

Malgré cela, et sans que je conserve en l'avenir une espérance bien robuste, qu'il me soit permis de signaler une considération qui me paraît militer pour que la question reste encore à l'étude.

Plusieurs de mes honorables contradicteurs ont avancé que les symptômes cliniques constatés chez les malades venaient à l'appui de la théorie de l'œdème. Je m'empresse de le reconnaître pour les cas dont ils ont été les témoins; mais il y a des observations, celles de M. Marotte, de M. Woillez, où les signes ordinaires de l'œdème pulmonaire ne sont pas mentionnés; il est vrai qu'on peut dire que c'est là une simple omission; mais il est difficile de croire qu'il en soit de même dans l'observation de M. Troisier, et dans celle de M. Besnier, où l'auscultation est mentionnée avec assez de détails pour que l'absence des râles sous-crépitants qui ne sont pas mentionnés prenne une véritable valeur.

Quoi qu'il en soit, il s'agit maintenant de formuler les conclusions définitives de cette trop longue discussion.

La question principale du débat est celle de l'expectoration albumineuse consécutive à la thoracentèse; ce phénomène, rare, assez rare pour le moins, comporte une explication qui est acceptée par tout le monde : c'est la théorie de la congestion œdémateuse qui a été émise pour la première fois par M. le docteur Pinault (de Châteauroux) en 1853, qui a été soutenue à nouveau par M. Moutard-Martin en 1867, par M. Hérard en 1872, qui n'a été niée par personne, et qui a reçu une sanction nouvelle dans notre discussion.

A côté de cette explication, faut-il en admettre une autre, et faire une catégorie spéciale pour certains cas exceptionnels dans lesquels il existerait entre la plèvre et les bronches une communication, bien qu'on ne constate pas dans ces cas les signes ordinaires du pneumothorax? J'ai été seul à le penser; tous ceux qui ont pris la parole après moi ont été d'un avis contraire; presque tous ont jugé que la question ne devait même pas être posée, et que la théorie de l'œdème pouvait s'appliquer à tous les cas.

En outre de la question principale, la discussion devait en soulever de secondaires qui ont leur importance :

Je signale celle des perforations spontanées sans pneumothorax dans les pleurésies purulentes, qui, contestée par un certain nombre de médecins des plus autorisés, a reçu l'assentiment d'un grand nombre de nos collègues; et je rappelle à ce propos que pour rendre compte de ces faits, un peu oubliés peut-être, la théorie ancienne du clapet a paru devoir céder le pas à l'explication de M. Barthez qui s'appuie simplement sur des données physiologiques.

Quant aux perforations spontanées dans les pleurésies séreuses, si on peut admettre qu'il y a un commencement de preuves en leur faveur, ce n'est que sous bénéfice d'inventaire.

Une des conséquences les plus importantes de notre discussion sera, à coup sûr, l'étude chimique nouvelle des crachats qui a commencé de se faire, et qui, je l'espère, ne s'arrêtera pas en chemin.

Enfin, je dois, dans une Société comme la nôtre, insister particulièrement sur une conclusion pratique de la plus haute importance, qui a été déjà relevée dans la leçon clinique de M. Béhier, dans les communications de la Société de biologie, et sur laquelle M. Besnier et M. Lande ont insisté à juste titre; cette conclusion est la suivante : Lorsque, dans le cours d'une pleurésie, surtout d'une pleurésie double, il existe des complications pulmonaires aiguës ou chroniques qui compromettent gravement l'hématose, il convient de ne risquer la thoracentèse qu'en cas d'urgence absolue, car il peut survenir à la suite de l'opération une congestion œdémateuse qui devienne rapidement asphyxique, et tue le malade sans même qu'il y ait d'expectoration; si donc on se décide alors à évacuer la plèvre, on doit le faire avec beaucoup de ménagements, de lenteur, et y laisser du liquide; on modérera ainsi le plus possible la fluxion consécutive à l'opération et on évitera de faire courir au malade un danger pire que celui de sa maladie même.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

NOUVEAU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'OZÈNE. — PLUS DE RÉTRÉCISSEMENTS INFRANCHISSABLES. — BELLADONE ET QUININE CONTRE LA COQUELUCHE. — SUCCÈS DU POIVRE CUBÈBE DANS L'ANGINE DIPHTHÉRITIQUE. — SUBSTITUTION AUX CANULES APRÈS LA TRACHÉOTOMIE. — UNE MÉDICATION TOPIQUE DE LA DYSENTERIE.

Une des innovations les plus remarquables de ces derniers temps est l'opération ingénieuse, simple et facile, pratiquée par M. le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne, pour la cure radicale de l'ozène ou punaisie, qui constitue, comme on sait, une véritable infirmité pour ceux qui en sont atteints. La

résistance obstinée de cette odeur repoussante aux différents traitements a montré de bonne heure qu'elle était due, dans la plupart des cas, à une lésion des parties dures du nez, destruction des os ou des cartilages. Mais, jusqu'ici, les médecins avaient conservé une ozène idiopathique, constitutionnelle, justiciable des moyens purement médicaux. M. Rouge est d'un avis contraire. « Il lui paraît impossible qu'il y ait punaisie sans lésion du squelette des cavités nasales. » Et il en donne les raisons dans son mémoire. La solution du problème était donc :

1° D'ouvrir largement les fosses nasales, afin de se rendre un compte exact du siége et de l'étendue de la lésion, et d'avoir la possibilité d'extraire les parties malades;

2° D'éviter toute déformation de la face, toute cicatrice, afin de ne pas remplacer une infirmité par une mutilation.

A cet effet, il a imaginé et exécuté le procédé suivant : Le malade étant couché et chloroformé, la tête inclinée à droite, on relève la lèvre supérieure en haut, puis on incise la muqueuse du sillon gengivo-labial de la première petite molaire droite à la gauche; tous les tissus étant coupés, on arrive sur l'épine nasale antérieure, et alors la cloison est détachée à sa base; on peut ainsi introduire le doigt dans le nez et explorer les fosses nasales; s'il est nécessaire, on peut ouvrir une voie plus large encore, en sectionnant les cartilages des ailes du nez à leur insertion maxillaire. Dans les neuf cas opérés par ce procédé, il a été possible d'extraire des séquestres, de ruginer les os, de cautériser les fongosités, et la guérison a toujours suivi ce mode de traitement, excepté un seul où la malade, atteinte depuis vingt-deux ans, et opérée une seconde fois, succomba à une phlébite purulente de la veine ophthalmique. Le procédé n'en est donc pas condamnable. L'hémorrhagie, assez abondante une seule fois, n'a jamais donné d'inquiétude ni nécessité de ligature ni d'hémostatiques. Ces résultats sont assez encourageants pour décider les chirurgiens à recourir à un procédé si simple, si innocent et si avantageux. (*Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande*, octobre et novembre 1872, janvier 1873.)

— M. Furneaux-Jordan a aussi imaginé et exécuté un nouveau procédé de franchir sûrement tous les rétrécissements de l'urèthre. Dans un cas de rétention d'urine avec impossibilité de sonder le patient, il introduisit un bistouri pointu sur l'index gauche dans le rectum, et, arrivé sur la portion membraneuse de l'urèthre, à un pouce et quart de l'anus, il incisa d'arrière en avant sur la paroi antérieure et moyennne du rectum. Le doigt put alors aisément traverser le rétrécissement et arriver dans la vessie. Une sonde, introduite par cette ouverture, vint sortir par le méat, et son pavillon étant réséqué, cette extrémité fut dirigée dans la vessie. L'urine put alors s'écouler librement. La sonde, enlevée après vingt-quatre heures, fut remplacée par une plus volumineuse, introduite par le méat, et ainsi de suite jusqu'à guérison complète. (*British med. Journ.*, novembre.)

Ce procédé n'est pas absolument nouveau; il a été employé dans des cas de nécessité par suite de rupture traumatique de l'urèthre, où il s'agissait de reformer artificiellement ce canal. Mais est-il aussi justifiable dans celui-ci? L'auteur dit bien qu'en ouvrant ainsi l'urèthre en avant de la prostate, on évite plus sûrement le danger de blesser le péritoine que par la ponction rectale de la vessie, surtout dans la rétention causée par d'anciens rétrécissements; mais le danger de la fistule rectale et la difficulté d'appliquer ce procédé nous paraissent s'opposer à sa généralisation.

— L'usage de la belladone contre la coqueluche ne présente rien de nouveau, si ce n'est dans son mode d'emploi. Dans une note envoyée à cet effet, le docteur Sorel, de Pont-de-l'Arche, montre bien qu'il y a des distinctions à faire pour son succès. Au lieu de 25 à 30 centigrammes de poudre par jour, chez les enfants de 4 à 6 ans, comme l'enseigne Debreyne, ce qui détermine un commencement d'intoxication, il réduit cette dose de 4 à 6 centigrammes en trois fois par jour, sauf à l'augmenter graduellement suivant la susceptibilité des petits malades. Chez deux enfants de quatorze à dix-huit mois, dont il rapporte les observations comme exemples, les quintes, de vingt-cinq à trente par jour, ont cessé dans l'espace de huit

à dix jours. Plus les quintes sont fortes et répétées et plus on en triomphe difficilement. Dans tous les cas, ce médicament n'a d'effet qu'à la condition d'en saisir l'indication. Il convient surtout quand l'élément catarrhal, décelé par les râles muqueux, fait défaut ou n'est pas abondant et qu'il n'y a pas de fièvre. Si la belladone diminue encore les quintes dans ces cas, c'est surtout la fièvre qu'il faut combattre. Preuve que ce n'est pas là un spécifique, comme le dit sagement M. Sorel qui, dans ces remarques, montre un véritable esprit pratique et observateur.

C'est sous forme de teinture, et à des doses inimaginables, que le docteur Kelly y a eu recours avec succès. A un enfant de 5 ans, il administre 13 drachmes, soit 46 grammes en quatre jours; à un autre de trente-deux mois 53 grammes, et 92 à un troisième de 6 ans et demi. (*Lancet*, mars.) On peut prévoir que cette alcoolature ne contenait que bien peu de principe actif pour n'avoir pas empoisonné les petits malades au lieu de les guérir. Exemple de l'excentricité de la thérapeutique anglaise.

D'après la nouvelle étiologie découverte par le docteur Letzerich d'animalcules existant dans les crachats des enfants atteints de coqueluche, ce serait la quinine qui en serait l'antidote. Ayant constaté expérimentalement qu'elle était toxique pour ces animalcules, le professeur Binz, de Bonn, administra cet alcaloïde en solution, et le succès répondit à cette thérapeutique allemande. Elle est même adoptée par M. le docteur Dawson, de New-York, qui l'appliqua sur 16 enfants à son dispensaire, et la guérison eut lieu du premier au douzième jour chez 14. Les deux autres cas se sont montrés rebelles.

Une condition absolue de ces bons résultats serait d'administrer le sulfate ou l'hydrochlorate de quinine en solution dans l'eau seule à la dose de 25 à 40 centigrammes pour les enfants au-dessous de 3 ans et de 50 à 60 au-dessus de cet âge. Cette solution aqueuse doit se prendre par cuillerées à café toutes les deux heures, sans rien après pour en dissiper l'amertume. L'expuition du mucus est ainsi provoquée, de là la diminution des accès et la guérison.

N'est-il pas curieux de voir par ces trois exemples le point de vue tout différent auquel se placent aujourd'hui les médecins des trois nationalités qui font surtout école? Si des guérisons en résultent pour l'un et l'autre, il nous semble évident que les distinctions cliniques établies par M. Sorel prévalent contre l'empirisme anglais et la théorie allemande. En admettant même sa réalité, il y aura toujours à faire la part des complications de la coqueluche qui en forment souvent l'élément le plus difficile à combattre.

— Ce n'est pas que, parfois, un remède agisse sans que l'on puisse s'en rendre compte. Tel est le poivre cubèbe contre l'angine couenneuse, dont une récente épidémie à Nuillé, dans la Mayenne, a montré l'efficacité. « Atteints sourdement, sans souffrance marquée, dit M. le docteur Courcelle, dans son rapport au préfet, les malades éprouvaient simplement au début une gêne très-légère de la déglutition. Puis, le mal s'aggravait tout à coup d'une façon foudroyante, une véritable gangrène envahissait les amygdales et le fond de la gorge; après quelques jours, un profond accablement s'emparait d'eux et ils mouraient empoisonnés par la diphthérie. » Sur 36 cas, il y eut 17 morts, dont 10 en 14 jours sur des enfants de 3 à 12 ans, un seul adulte ayant succombé. Les garçons ont été surtout atteints, la contagion s'étant établie dans leur école, basse, humide, étroite, mal éclairée et contenant 90 élèves. Malgré sa fermeture immédiate, sur 16 élèves atteints, 9 ont succombé.

Le fait remarquable de cette épidémie locale, utile à signaler partout, c'est qu'au 28 mars, sur 25 cas d'angine diphthéritique traités exclusivement par les badigeonnages de la gorge, avec le perchlorure de fer, il y avait déjà 13 décès; les autres restaient en traitement. M. Courcelle le change immédiatement et y substitue l'usage interne du poivre cubèbe, en poudre fraichement préparée, à la dose de 10 à 12 grammes par jour en potion chez les enfants, avec vin de quinquina et une aussi forte nourriture que possible de bouillon, viande et vin. Immédiatement l'épidémie se ralentit et la mort cesse de frapper ses victimes parmi ceux qui se soumettent à ce traitement. Des 12 encore en traitement et des 11 qui furent atteints ensuite,

tous guérirent, à l'exception d'un garçon, traité avec des gargarismes d'alun, par un empirique, de deux jeunes sœurs qui ne purent prendre le poivre cubèbe, ainsi qu'une autre jeune fille de 8 ans.

Ces résultats doivent inciter à recourir à cette médication, inaugurée dans la Mayenne, en 1865, par M. Trideau, à l'occaaion d'une épidémie semblable. Le baume de copahu en formait alors la base et le cubèbe n'en était que l'adjuvant. Des succès remarquables en ont aussi été obtenus par M. Bergeron, à l'hôpital Sainte-Eugénie, avec le saccharure de cubèbe exclusivement. Le fait est que, en potion et à aussi haute dose que le prescrit M. Courcelle, soit de 12 à 30 grammes, selon l'âge, dans 180 grammes d'eau et de sirop d'orgeat, à prendre dans les vingt-quatre heures, le poivre cubèbe doit être difficilement accepté et même supporté par les enfants. (*Journ. méd. de la Mayenne*, nº 3.)

Quelques réserves sont d'ailleurs à faire sur ces résultats. Le traitement n'a été appliqué qu'au déclin de l'épidémie, et l'on sait que les cas diminuent en général de gravité à cette période ultime. Et puis, l'excellente mesure de l'examen préventif de la gorge, employée sur toute la population, dut aussi contribuer à son extinction. C'est en en tenant compte que l'on sera moins exposé à des déceptions.

— Dans les cas où la trachéotomie devient nécessaire, voici un nouveau moyen de maintenir l'ouverture béante sans canule, qui, laissée à demeure pour le passage de l'air, a l'inconvénient, suivant le docteur Tenderini, d'agir comme corps étranger et de favoriser le développement de l'inflammation dans les bronches et le parenchyme pulmonaire. Il propose ainsi de leur substituer de petits crochets faits avec des feuilles de plomb, de zinc ou d'un autre métal ductile et non élastique, longs de 5 centimètres sur 1 de large, et 1 millimètre d'épaisseur. Avec les ciseaux ordinaires, le chirurgien peut leur donner la forme voulue. On les introduit ainsi sans difficulté avec la pince dilatatrice de Trousseau, et ils se placent facilement sur les bords de l'incision, qu'ils recouvrent de chaque côté. Une ouverture pratiquée à chaque angle externe, et dans laquelle on passe un ruban, sert à écarter les lèvres de la plaie et à la maintenir béante au degré voulu, en attachant ces rubans ensemble derrière la nuque.

En donnant l'écartement voulu pour le passage de l'air et l'expulsion du sang ou des fausses membranes, ce moyen aurait l'avantage, suivant M. Tenderini, de prévenir les hémorrhagies, peut-être même la diphthérite. Mais proposé, dès 1848, par le docteur Fiorini, il n'a pas, jusqu'ici, été adopté en Italie, ni même cité dans les ouvrages classiques. On peut donc prévoir que cette nouvelle tentative n'aura pas plus de succès, n'étant appuyée d'aucun fait clinique propre à en démontrer la valeur. (*Nuova Liguria med.*, nº 28.)

— Au lieu des lavements astringents, désinfectants et même caustiques, poussés à tout hasard contre la dysenterie chronique, le professeur Maury, ayant appliqué préalablement le spéculum, a rencontré des ulcérations si étendues et si profondes qu'un morceau d'éponge, gros comme un œuf de pintade, disparaissait dans leur cavité. D'autres fois, ces ulcérations étaient petites et multiples, et remplacées même par une simple hyperémie de la muqueuse.

De là est née une médication topique, un pansement, comme dans les ulcérations du col utérin. Après l'enlèvement de la sécrétion de ces plaies avec des bourdonnets d'ouate, M. Maury en cautérise la surface avec une solution de 8 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Des malades traités depuis longtemps sans succès par les moyens ordinaires ont ainsi guéri rapidement. C'est donc un examen à ne pas négliger en pareil cas.

G. DE B.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE CLIMATOLOGIE GÉNÉRALE DU GLOBE. — Études médicales sur tous les climats, par le docteur ARMAND, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Saïgon, en Cochinchine, etc. Un gros volume in-8°. Paris, 1873. G. Masson, éditeur.

Pour gros, oui, c'est un très-gros volume de xx-868 pages, caractère compacte, large ligne, longue page, qui, s'il est agréable et intéressant à lire, est très-difficile, sinon impossible à analyser. L'auteur, d'ailleurs, le reconnaît lui-même : « Il est très-difficile, dit-il, de résumer un livre aussi complexe que le nôtre. Il faudrait ou se répéter, ou tronquer l'œuvre. » Nous ne pouvons, en vérité, reproduire ici cet énorme volume, et nous ne voudrions pas le tronquer. Que faire donc? D'abord reprocher à l'auteur d'avoir fait un livre aussi « complexe. » Est-il possible aujourd'hui de faire la climatologie générale du globe? Nous ne le pensons pas et, sans parler de toute une grande partie de la terre qui reste encore inconnue, il est des continents et des îles ou à peine explorés ou sur lesquels l'étude et l'observation n'ont pu être assez prolongées pour arriver à des notions exactes. Quand on pense à l'ensemble de connaissances qu'il faut réunir pour arriver à connaître toutes les conditions que le mot *climat* résume, on s'étonne moins de la rareté des travaux de climatologie, et surtout de climatologie générale.

La littérature médicale possède quelques bonnes monographies, celles du docteur Carrière sur l'Italie, de Coindet sur le Mexique, de plusieurs médecins militaires sur l'Algérie, de Schnepp sur l'Égypte, de Pietra Santa sur la Corse, et autres encore dont le souvenir ne se réveille pas à cette heure dans notre esprit; mais, de là à une climatologie générale du globe, la distance est grande, et, sans vouloir critiquer ni l'intention ni le fait de M. Armand, nous pouvons dire qu'il ne l'a pas comblée.

Ce qu'on doit louer sans réserve, c'est le sentiment qui a inspiré ce livre. C'est avec une grande justesse d'idées que M. Armand écrit dès l'avant-propos de son livre les lignes que voici : « L'étude des climats dans les deux hémisphères est non-seulement le complément d'une bonne instruction médicale, mais une nécessité pratique de nos jours. Avec le cosmopolitisme toujours croissant des peuples de l'Europe vers l'ancien et le nouveau monde, tout médecin est appelé à donner un avis motivé sur les climats : aux explorateurs, aux voyageurs, aux colons, aux commerçants, aux armateurs, à toute la classe, intéressante et nombreuse, des émigrants pour cause de santé, à plus forte raison, quand il s'agit d'expéditions lointaines par la marine ou par les armées. »

L'auteur a oublié, dans cette énumération, l'intérêt qu'ont aujourd'hui les gouvernements à connaître la climatologie des pays pénitentiaires. C'est un médecin de la marine, M. de Roccas, qui a, le premier, signalé la salubrité, la fécondité de la Nouvelle-Calédonie, où les affreux coquins de la Commune trouvent des conditions mille fois plus heureuses que nos braves et honnêtes paysans des Dombes, des Landes et de quelques portions du Limousin.

Donc, le grand reproche que j'aie à faire au livre de M. Armand, c'est d'avoir voulu être trop complet. Il a prouvé une fois de plus la vérité de ce poétique axiome : « Qui trop embrasse mal étreint. » Je ne sais plus quel professeur avait l'habitude de dire aux élèves subissant leurs examens : « Voyons, dites-moi ce que vous savez; » et, sur ce que l'élève savait ou croyait savoir, l'examinateur trouvait les meilleures questions, et les plus diverses, pour juger l'instruction et la capacité des candidats. Volontiers, j'imiterais ce professeur et demanderais à l'auteur de tout livre : « Dites-moi ce que vous avez à m'apprendre de nouveau, et non pas ce qu'ont déjà dit les autres. »

A ce point de vue j'aurais conseillé à M. Armand de supprimer dans la première partie de son livre tout ce qui est relatif à l'histoire physique du globe, à l'astronomie, à la géologie, aux révolutions que notre planète a subies, à la paléontologie, etc., etc., toutes choses qu'on peut apprendre dans des traités spéciaux où elles sont plus développées, dont l'exposition faite par l'auteur prouve certainement l'étendue et la variété de ses connaissances, mais qui encombrent son livre de détails beaucoup trop nombreux.

Je lui aurais également conseillé d'adopter, avec plus de réserve qu'il n'en a mis, certaines théories cosmogoniques et anthropologiques qui, quoique affichant la prétention de découler de l'observation scientifique, ne sont encore que de pures hypothèses bien loin de s'imposer comme des vérités démontrées. Nous voulons parler de l'ancienneté de l'homme sur la terre, de la diversité des races humaines, du transformisme et autres doctrines fort en vogue aujourd'hui dans certaines écoles, dont il est de mode de parler beaucoup.

Ces petites remarques faites, et par acquit de conscience, il faut se hâter d'ajouter que dans cet ouvrage un peu confus, il est vrai, et mal coordonné, on trouve tout ce que possède la science actuelle sur la climatologie. Voici en quelques mots, et en empruntant le langage même de l'auteur, les données principales qui se dégagent de son livre.

Quelque opinion plus ou moins motivée qu'on se fasse sur la provenance unique ou multiple de l'homme, ou par transformations successives des êtres, les races humaines n'en sont pas moins l'expression des influences climatériques qui leur ont imprimé, à la longue, leur cachet spécial. Or, si les influences climatériques ont pu agir physiologiquement sur l'espèce humaine, au point de faire des races distinctes, *à fortiori*, les climats influent d'une manière incessante sur l'état de santé, l'entretenant ou le troublant; de là les manifestations morbides diverses, selon les latitudes, et c'est là le principal objet traité par l'auteur. Connaître les climats selon les latitudes, les altitudes, les configurations géographiques, les expositions, et, par suite, les influences telluro-atmosphériques, c'est connaître l'état physiologique et l'état pathologique de l'homme dans toutes les régions qu'il habite. L'auteur dit donc avec juste raison que la topographie climatérique est à la médecine ce que la géographie est à l'histoire.

Pour M. Armand, les influences telluro-atmosphériques sont la cause directe de la plupart des maladies graves qui atteignent l'espèce humaine. Ces influences, avec l'élément chaleur prédominant, donnent lieu à toutes les fièvres rémittentes graves; avec la prédominance de l'humidité, alternativement chaude et froide, on a surtout l'élément intermittent, et c'est en cela, et non dans une cause occulte, dans le prétendu miasme paludéen, que les marécages ont une action nocive. Fièvres rémittentes dans les pays chauds, fièvres intermittentes, naissant ensemble, se confondant, alternant ou se transformant, n'en sont pas moins toutes fièvres d'accès, identiques de région et de nature, et réclament le même traitement : le quinquina, d'où leur nom bien justifié de fièvres à quinquina.

L'abus des saignées, ajoute l'auteur, a subi sa condamnation par la réprobation générale de tous les praticiens des pays chauds. Par contre, ils ont reconnu que le médicament héroïque par excellence, c'est le sulfate de quinine, qui fait le tour du monde en triomphateur, pour qui sait l'employer hâtivement et hardiment.

Le fait local et accidentel, le marécage, ne constitue qu'une infime portion de la surface des contrées où règnent les fièvres rémittentes et intermittentes de tout type. Il y a même des contrées où elles font complétement défaut. Par contre, les contrées marécageuses de l'hémisphère sud n'engendrent pas les fièvres d'accès. De ces considérations, l'auteur conclut, on ne sait trop pourquoi, à la suppression des lazarets et des quarantaines, à l'identité des fièvres rémittentes bilieuses et de la fièvre jaune, et à d'autres propositions tout au moins aussi contraires aux idées généralement reçues.

Quant à la question d'acclimatement, que l'auteur a traitée avec de grands développements, il a ainsi résumé ses opinions : En résumé, la multiplicité des races ou variétés d'hommes, mélangées et répandues à la surface du globe, prouve que l'acclimatement, au point de vue de l'espèce, est possible partout. La race caucasienne s'est acclimatée dans un grand nombre de pays situés sous la zone torride, et principalement dans l'Amérique du Sud et dans l'Océanie.

Les peuples du midi de l'Europe s'acclimatent le mieux tant au nord qu'au sud; ce sont les premiers passés en Afriques, les Portugais dans l'Inde, les Espagnols aux îles Philippines, au Mexique, aux Antilles; ce sont encore les Portugais et les Espagnols qui ont, surtout, peuplé l'Amérique du Sud.

Les Anglais, les Hollandais et les Allemands paraissent supporter moins aisément les climats chauds, où pourtant ils sont très-répandus.

Dans le type mongolique, les Chinois ont la plus grande puissance d'acclimatement, les coolies sont répandus partout commme travailleurs; il supplanteront les nègres et les blancs peut-être.

Les noirs ne supportent pas le Nord; c'est une exception à la loi générale d'acclimatement.

Je voudrais inspirer l'envie de lire ce volume qui, malgré ses défauts, est intéressant, attachant, instructif. Les parties de ce livre où l'auteur traite de sujets qu'il connaît bien, comme la Cochinchine, l'Algérie, Rome, sont très-remarquables et suffiraient pour faire la fortune de cette grande publication. — A. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juillet 1873. — Présidence de M. Bernutz.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Observation d'*épistaxis séro-albumineuse*, par M. Champouillon. — Suite de la discussion sur l'*expectoration albumineuse après la thoracentèse* : MM. Woillez et Féréol. — Élection de M. Lagout au titre de membre correspondant. — Comité secret.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend une lettre des membres du bureau de l'Association française pour l'avancement des sciences, prévenant la Société que la deuxième session

de l'Association aura lieu à Lyon, du 21 au 28 août, et que des cartes d'invitation seront adressées aux membres de la Société qui en feront la demande.

La correspondance imprimée comprend :

1° Article *Hématocèle utérine* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par M. BERNUTZ.

2° *Archives de médecine navale*, n° 1, juillet 1873.

3° Rapport de M. le docteur COLLINEAU, à la Société médico-pratique, sur la loi du 30 juin 1838, relative aux aliénés. Paris, 1870.

4° *Bulletin médical du Nord*, n° 6, juin 1873.

5° *Bulletin de l'Association médicale de la Sarthe*, 1873.

6° *Éloge de Félix Voisin*, lu à la Société médico-psychologique, par M. MOTTET, 1873.

7° *Tribune médicale*, 13 et 20 juillet 1873.

8° *Revue médicale de Toulouse*, n° 7, juillet 1873.

9° *Gazette médicale de Bordeaux*, 20 juillet 1873.

10° *Bulletin de la Société médico-pratique de Paris*, 1868-1872.

11° *Journal d'oculistique et de chirurgie*, 1873, n° 4.

Suite de la discussion sur l'*expectoration albumineuse*.

A l'occasion de cette discussion, M. CHAMPOUILLON communique à la Société l'observation suivante :

Je désire donner à la Société, communication d'un fait qui me semble se rattacher, par sa nature, à la question dont nous a entretenus M. Féréol.

M. S..., d'une saine et forte constitution, d'un tempérament bilioso-nerveux et d'une santé irréprochable, fut pris, au mois d'août 1856, d'un écoulement abondant (un verre de table) par la narine gauche. Le liquide émis de la sorte avait la couleur et la densité apparente du sérum du sang. Dans une période de 14 ans, l'écoulement s'est reproduit spontanément huit fois. Il m'a été donné trois fois de pouvoir recueillir et examiner le produit de cette épistaxis, toujours précédée d'une certaine démangeaison de la pituitaire, de rougeur de la face, de lourdeur cérébrale, sans céphalalgie, phénomènes qui se produisaient à la suite d'une tension intellectuelle prolongée.

Le liquide exhalé, avec une abondance variable, se coagulait en partie par le repos et le refroidissement ; il était absolument inodore, ne contenait pas un seul globule sanguin : l'acide nitrique et l'acide picrique en précipitaient une quantité notable d'albumine.

Recherchant la cause de ce singulier phénomène, j'ai exploré avec la plus grande attention les fosses nasales ; je n'y ai trouvé, non plus que dans leurs annexes, aucune trace de lésions anatomiques. Je suis donc porté à considérer le fait que je relate comme un cas de flux diacrisique, une véritable filtration de quelques-uns des éléments du sang à travers le tissu des muqueuses.

Ne serait-ce point par un mécanisme analogue que s'effectue l'expectoration séro-albumineuse que l'on a observée chez les sujets atteints de pleurésie avec épanchement séreux ? M. S..., âgé aujourd'hui de 62 ans, n'a plus été repris de son flux nasal depuis le mois de juillet 1870.

M. BROUARDEL a vu, dans le service de M. Velpeau, un malade qui rendait par le nez un liquide analogue à celui que M. Champouillon considère comme formé par de la sérosité du sang. Ce liquide, ainsi que l'a montré l'analyse chimique, était du mucus très-fluide. Il s'agissait d'une hydropisie du sinus maxillaire, et le liquide se faisait jour dans les fosses nasales par intervalles, quelquefois à la suite d'efforts.

M. CHAMPOUILLON a examiné attentivement son malade et a cherché dans les fosses nasales la cause de l'écoulement en question ; il ne croit pas que la cause invoquée par M. Brouardel puisse lui être applicable.

M. WOILLEZ : Dans la part que j'ai prise à cette discussion, j'ai reconnu d'abord que, en présence des faits rapportés par M. Pinault dès 1853, et des explications qu'il en a données, j'ai admis dans une certaine mesure la réalité de la congestion pulmonaire comme cause de l'expectoration albumineuse après la thoracentèse. Il est probable que si j'avais eu connaissance de cette thèse intéressante à l'époque de la publication de mon livre, j'eusse été moins absolu sur le traumatisme du poumon.

Mais, en même temps, je faisais des réserves sur l'existence de ce traumatisme, qu'on ne pouvait rejeter, comme explication générale, qu'en démontrant que la muqueuse bronchique pouvait fournir une expectoration aussi fortement albumineuse que la sérosité intra-pleurale. Mes observations particulières m'avaient conduit à admettre une opinion contraire, et à expli-

quer la présence d'une forte quantité d'albumine dans le liquide expectoré par le passage du liquide intra-pleural par une blessure du poumon. Je ne connaissais pas de fait contraire.

L'observation de M. Béhier, dans laquelle quatre ponctions successives avaient été suivies d'expectoration abondante, malgré les précautions prises dans la pratique opératoire, avait ébranlé ma conviction. Cependant elle n'était pas concluante, parce qu'il s'agissait d'une maladie du cœur et que l'albumine n'avait pas été suffisamment recherchée dans les liquides.

Je reconnais que des faits probants dans ce sens ont été produits, et entre autres celui de M. Lande, le troisième de son mémoire. Dans ce cas, une analyse plus complète encore que celle que je demandais a démontré que le liquide expectoré après la thoracentèse contenait deux fois plus d'albumine que celui extrait de la plèvre par la ponction. Il y a là une démonstration complète que le liquide expectoré ne provenait pas de l'intérieur de la plèvre, et, par conséquent, que ce liquide, fourni par les vacuoles pulmonaires, peut être albumineux à un degré au moins égal à celui du liquide pleurétique.

Il y a aussi les faits d'expectoration séro-albumineuse abondante, qui se produisent sans qu'il y ait préalablement thoracentèse. J'en ai cité plusieurs. D'autres, bien mieux caractérisés, ont été publiés par MM. Jalabert, Renou, et par un journaliste que je n'hésite pas à citer, M. Revilliout, quoiqu'il ait eu la prétention ridicule de me parler, dans son journal, une férule à la main. Mais, dans ces observations, l'analogie des liquides, en tant qu'albumineux au même degré que les liquides expectorés après la ponction de la poitrine, n'avait pas été démontrée. Elle ne l'a été que dans la dernière de ces observations, M. Revilliout ayant eu recours à M. Bouchard pour l'examen chimique.

Il y a aussi comme preuve indirecte, mais ayant sa valeur, comme l'a fait remarquer M. Hérard, le fait de M. Dujardin-Beaumetz, dans lequel il y avait un hydro-pneumothorax, et où cependant un liquide abondamment expectoré contenait beaucoup moins d'albumine que n'en contient tout liquide intra-pleural.

Dans toute discussion basée sur des faits observés, les inductions qu'on en tire varient suivant les observateurs. Et quand les observations se multiplient, tout homme de bonne foi doit accepter les preuves contraires bien établies par les faits qu'il ignorait d'abord, ou qui se produisent à nouveau. Je n'hésite donc pas à renoncer à l'explication générale que j'avais primitivement donnée de l'expectoration albumineuse par la ponction du poumon après la thoracentèse, et à reconnaître franchement que la congestion pulmonaire consécutive au déplissement des vides aériens pendant la thoracentèse, doit être admise comme cause générale. La question du traumatisme pulmonaire, habituellement bénin, comme je l'ai montré, n'en reste pas moins posée, quoique privée de l'importance que je lui avais attribuée comme origine de l'expectoration albumineuse.

J'ai une dernière remarque à faire au sujet de ces expectorations albumineuses consécutives à la ponction de la poitrine par suite de congestion : c'est que, lorsqu'il y a coïncidence d'une maladie du cœur, l'accident me semble dû à une double cause d'hyperémie, comme le démontre si bien l'observation de M. Béhier. Aussi, est-ce dans les cas de ce genre qu'il faut suivre son conseil, bon dans tous les cas, de n'extraire le liquide que graduellement pendant l'opération de la thoracentèse.

M. Féréol a la parole pour résumer la discussion. (Voir l'Union Médicale des 5 et 7 août 1873.)

M. le Président propose à la Société de prendre ses vacances, suivant l'usage, du 15 août au 1er octobre. (Adopté.)

A la suite du scrutin ouvert pendant la séance, M. Lagout est élu, à l'unanimité, membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux.

La Société se forme en comité secret pour examiner la proposition adressée par la Société médicale du VIIIe arrondissement de s'associer à une pétition qu'elle a faite près de l'Assemblée nationale.

La Société décide que cette proposition sera examinée après convocation spéciale de tous les membres.

Le Secrétaire : Ch. Fernet.

Éphémérides Médicales. — 26 Aout 1822.

L'abbé Frayssinous, grand maître de l'Université, adresse une circulaire à la Faculté de médecine de Paris. On y lit ce passage à l'adresse des libres-penseurs de l'époque :

« Celui qui aurait le malheur de vivre sans religion, ou de ne pas être dévoué à la famille régnante, devrait bien sentir qu'il lui manque quelque chose pour être un digne instituteur

de la jeunesse. Il est à plaindre, il est même coupable; mais combien ne serait-il pas plus coupable encore s'il avait la faiblesse de ne pas garder pour lui seul ses mauvaises opinions? Je n'ai pas le droit d'interroger les consciences, mais j'ai celui de surveiller l'enseignement et la conduite... » — A. Ch.

FORMULAIRE

POTION CONTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — JACCOUD.

Vin rouge.	100	grammes.
Teinture de cannelle	8	—
Extrait de quinquina. . . . . 3 ou	4	—
Cognac vieux. . . . . de 30 à	100	—
Sirop d'écorces d'oranges	30	—

F. s. a. une potion à donner dans les vingt-quatre heures aux sujets atteints de fièvre typhoïde. On donnera en outre par cuillerées, alternativement avec cette potion, 250 gram. de vin de Bordeaux. — Pour boisson ordinaire de la limonade vineuse, et deux bouillons de bœuf au moins dans la journée. — N. G.

COURRIER

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts;

Vu la loi du 19 ventôse an XI, relative à l'enseignement de la médecine;

Vu le titre III de la loi du 21 germinal an XI, relatif au mode de réception des pharmaciens;

Vu l'article 188 du décret du 15 novembre 1811;

Vu les articles 55 et 61 de l'ordonnance du 17 février 1815;

Vu l'article 85 de la loi du 15 mars 1850;

Vu l'article 14 de la loi du 14 juin 1854;

Vu le titre III du règlement d'administration publique du 22 août 1854, et spécialement la disposition de l'article 19, portant que les officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et herboristes de 2e classe, qui veulent exercer dans un autre département que celui pour lequel ils ont été reçus, doivent subir de nouveaux examens et obtenir un nouveau certificat d'aptitude;

Vu l'avis du Comité consultatif d'hygiène publique;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'instruction publique dans sa séance du 21 juin 1873;

Le Conseil d'État entendu,

Décrète :

Art. 1er. Les officiers de santé et pharmaciens de 2e classe, qui veulent s'établir dans un autre département que celui pour lequel ils ont été reçus, peuvent être dispensés par le ministre de l'instruction publique des deux premiers examens de fin d'études.

Le troisième examen sera subi par eux devant le jury de la Faculté de médecine de l'École supérieure de pharmacie ou de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de laquelle relève le département où ils se proposent d'exercer.

Art. 2. Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, et le ministre de l'agriculture et du commerce sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Versailles, le 23 août 1873.

Maréchal de MAC-MAHON, duc de MAGENTA.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

A. BATBIE.

— Par arrêté en date du 22 août 1873, le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts a déclaré vacante la chaire de médecine et toxicologie de la Faculté de médecine de Montpellier.

Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications à la Faculté et au Conseil académique.

LA VIANDE DE CHEVAL. — Le *Comité de la viande de cheval* nous adresse les renseignements suivants :

Pendant le premier semestre 1867, on a livré à la consommation, à Paris, 893 chevaux,

ânes et mulets, qui ont donné 166,030 kilogr. de viande. Pendant le premier semestre 1870 (avant la guerre), 1,992 animaux ont donné 366,440 kilogr. Enfin, pendant le semestre correspondant de 1873, on a livré à la boucherie 5,186 animaux, qui ont fourni 883,840 kilogr. de viande, non compris le cœur, le foie, la cervelle, la langue, etc., qui sont consommés comme ceux du bœuf. On constate le même progrès en province.

Les chevaux de boucherie sont payés en moyenne 125 à 150 fr. environ. La nouvelle industrie augmente donc la valeur des chevaux usés et non malades de plus de 100 fr.; de sorte que la fortune publique de la France se trouve accrue de 400 millions environ par l'admission de la viande de cheval dans l'alimentation publique.

LA SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE, *Association française contre l'abus des boissons alcooliques*, vient d'arrêter les sujets des prix qu'elle se propose de décerner en 1874 et 1875; en voici le programme :

PRIX A DÉCERNER EN 1874.

Première question. — Déterminer, à l'aide de l'analyse chimique, de l'observation clinique et de l'expérimentation, les analogies et les différences qui, sous le double rapport de la composition et des effets sur l'organisme, existent entre l'esprit-de-vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs.

Le prix sera de 1,500 francs.

Les deux ordres de faits très-distincts qu'embrasse cette première question pourront être traités isolément.

Deuxième question. — Conseils au peuple sur les dangers de l'abus des boissons alcooliques et les avantages de la tempérance.

Le prix sera de 500 francs.

PRIX A DÉCERNER EN 1875.

Première question. — Montrer, par des recherches statistiques circonscrites à un arrondissement ou à un canton et s'étendant, autant que possible, comme période de temps, du commencement du siècle jusqu'à nos jours, quels sont les rapports entre l'accroissement du nombre des cabarets et les changements survenus dans la natalité, la mortalité, la durée de vie moyenne, la criminalité, la fréquence des maladies mentales, des suicides, le nombre des exemptions du service militaire pour faiblesse de constitution ou infirmités.

Deuxième question. — Étude comparée des législations relatives aux débits de boissons dans les divers États de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

Troisième question. — Étudier les associations coopératives de consommation qui existent en France, les causes qui en ont jusqu'à ce jour restreint l'extension, et les avantages qu'elles présentent au point de vue de la tempérance.

Quatrième question. — De l'organisation des centres de réunion pour les ouvriers des villes et des campagnes, et de leur utilité au point de vue de la tempérance.

Pour chacune de ces quatre dernières questions, le prix sera de 500 francs.

Le programme détaillé de ces divers sujets de prix a été publié pour la première question (prix de 1874) dans le n° 1 des Bulletins de la Société, et pour les cinq autres dans le n° 3.

NOTA. — Les mémoires, écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs, devront être envoyés à M. le docteur LUNIER, secrétaire général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, à Paris, pour les prix de 1874, avant le 1er janvier de la même année, et pour ceux de 1875, avant le 1er décembre 1874.

Le Président, Hippolyte PASSY.
Le Secrétaire général, Dr LUNIER.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 22 août, on a constaté 847 décès, savoir :

Rougeole, 13 décès; — scarlatine, 6; — fièvre typhoïde, 14; — érysipèle, 7; — bronchite aiguë, 17; — pneumonie, 27; — dysenterie, 3; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 52; — choléra nostras, 1; — angine couenneuse, 5; — croup, 5; — affections puerpérales, 6; — autres affections aiguës, 289; — affections chroniques, 342 (dont 141 dues à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 44; — causes accidentelles, 16.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance de vacances bien remplie. M. le docteur Belhomme, candidat dans la section d'anatomie pathologique, a lu un mémoire sur la nécessité de fonder la sociologie sur la physiologie. Un travail de ce genre ne peut être apprécié sur une simple audition. Nous en donnons les conclusions au compte rendu.

M. le docteur Chairou, médecin de l'asile du Vésinet, où ont été portées les victimes de la catastrophe de Rueil, a lu un mémoire très-bien fait sur les effets des brûlures par le pétrole. Ce travail remarquable a été écouté avec le plus vif intérêt.

Une communication de M. Demarquay, sur un cas mortel d'embolie après une fracture de la jambe, a donné lieu à une courte discussion, dans laquelle ce fait a été mis en lumière, que tous ces accidents d'embolie ne sont pas mortels. MM. Depaul, Moutard-Martin et Bourdon en ont cité des exemples.

Nous avons promis de donner un résumé du mémoire lu dans la dernière séance de l'Académie par M. Bertillon; voici ce résumé, que nous empruntons au *Bulletin*.

ÉTUDES SUR LA POPULATION FRANÇAISE.

La lecture de M. Bertillon est le résumé très-succinct de l'ouvrage qu'il va publier prochainement sous la dénomination de *Démographie figurée*, se composant d'une série de cartes et tableaux destinés à traduire aux yeux par des teintes graduées, par des surfaces, des courbes, etc., les résultats de ses études statistiques sur la population française. Il fait passer quelques-unes de ces cartes agrandies sous les yeux de l'Académie. Ces conclusions principales sont que, en France, pendant la période décennale 1857-1866, une mortalité très-inégale pèse à chaque âge sur chaque département; c'est ainsi que, dans la première année de la vie, une zone de quatorze départements entourant le département de la Seine, puis le bassin du Rhône, sont frappés d'une mortalité double (environ 300 décès annuels par 1,000 enfants de zéro à un an) de celle des dix départements les plus favorisés (144 décès par 1,000), tels ceux du centre de la France, de la Touraine, et celui de la Manche. De un à cinq ans, c'est encore le bassin du Rhône, mais surtout tous les départements méditerranéens, alpins et pyrénéens, de la Provence et du Languedoc, qui sont le siége d'une mortalité extraordinaire triple (55 à 77 décès annuels par 1,000 enfants de un à cinq ans) de celle des bons départements (Touraine, Manche, Champagne, etc., 22 décès par 1,000). A l'âge adulte, les mêmes inégalités pèsent sur les départements : la Bretagne, le Limousin, la Corse, etc., voient leurs adultes constamment décimés par une mortalité double de celle du bassin de la Seine, de la Garonne, etc.

En résumé, M. Bertillon montre qu'il y a des départements qui, à tous les âges, sont le siége d'une mortalité considérable, tels les Hautes-Alpes, la Corrèze, le Finistère, etc., d'autres qui sont toujours épargnés (les Ardennes, l'Aube, la Haute-Marne, l'Yonne, etc.). Il en est qui, après avoir favorisé l'enfance et l'adolescence d'une bonne vitalité, sont décimés aux âges de travail et de reproduction, tels le Finistère, la Haute-Loire, etc., d'autres où l'âge mûr, où la vieillesse sont seuls épargnés : l'Hérault, les Bouches-du-Rhône.

Des inégalités aussi flagrantes montrent que notre mortalité n'est pas seulement le tribut funèbre payé aux nécessaires fatalités organiques, que beaucoup de causes accidentelles, accessoires, susceptibles d'être modifiées, aggravent beaucoup ce lourd tribut. Si, dit-il, des documents plus analytiques fournis par l'administration, tels que les décès simultanément publiés par âge, profession et degré d'aisance, par mois, etc.; si, enfin, la statistique des causes de décès dont l'Académie, consultée par le ministre, a déclaré l'utilité, mais qu'on n'a pas exécutée, si ces données permettaient de scruter les causes de si flagrantes inégalités, il est vraisemblable que quelques-unes de ces causes pourraient être atténuées, et alors la moindre réduction de ces excédants de mortalité s'étendant sur un grand nombre aurait les plus grands résultats. Si, par exemple, des mesures prophylactiques et hygiéniques ramenaient la mortalité des vingt départements, qui, à chaque âge, payent les plus gros tributs mortuaires (un tribut double ou triple), seulement à la mortalité des départements moyens, alors chaque année, en France, 50,000 jeunes existences, moissonnées comme indûment dans la première partie de la vie, pourraient être conservées. L'auteur a étudié avec plus de soin la mortalité si considérable de la première année de la vie, il y signale des faits fort imprévus. La mortalité des nouveau-nés, même légitimes, est plus grande à la campagne qu'à la ville dans le premier mois de leur existence; ce n'est qu'après leur cinquième ou sixième mois

que les jeunes enfants retirent un bénéfice de l'habitat rural; quant aux enfants nés hors mariage, leur mortalité est toujours formidable (double ou triple), mais toujours plus aggravée à la campagne qu'à la ville (360 décès de 0 à 1 an par 1,000 enfants illégitimes dans les villes et 634 dans les campagnes).

Un autre fait très-singulier révélé par l'auteur, c'est que la mortatité des enfants illégitimes, au lieu de s'atténuer de semaine en semaine d'âge, comme cela a lieu pour les légitimes, s'aggrave de la première à la seconde semaine, et cela à la ville comme à la campagne; c'est, dit-il, un paradoxe biologique qui décèle quelques causes extra-physiologiques.

L'auteur étudie ensuite l'influence des saisons sur la mortalité à chaque âge, et particulièrement sur celle des enfants et des vieillards. Tandis que c'est surtout la fin de l'été (août, septembre) qui est préjudiciable aux enfants de 0 à 1 an, ou de 1 à 5 ans, c'est la fin de l'hiver (janvier, février et mars) qui est nuisible aux vieillards. L'extrême nocuité des mois d'août et de septembre pour l'enfance paraît, à l'auteur, être la cause principale de la distribution sur les côtes méditerranéennes des départements à forte mortalité enfantine qu'il a signalée.

L'auteur étudie ensuite l'influence des professions sur la mortalité, mais en Angleterre, puisque cette enquête n'a pas été faite en France. Il note, par exemple, qu'à l'âge de 35 à 45 ans, apogée de la vie professionnelle, la mortalité des magistrats et des prêtres anglais est de 6 pour 1,000; celle des fermiers, de 7 à 8; celle des petits commerçants, de 9; celle des ouvriers en bois de 10; celle des maçons, ouvriers en métaux, cordonniers, de près de 11; mais celle de l'aristocratie anglaise, de près de 12; celle des domestiques attachés aux personnes, des boulangers, filateurs, mineurs, de 12,6; celle des médecins, de 13,6; enfin, celle des marchands de spiritueux et aubergistes, de 19. Mais il remarque que si la mortalité des lords anglais est si roturière à l'âge de 35 à 45 ans, elle est tout autre et fort privilégiée dans leur enfance et dans leur vieillesse. Ainsi, de 0 à 5 ans, elle est de 20 décès annuels par 1,000 enfants, au lieu de 70 pour 1,000, qui est la mortalité ordinaire.

A l'âge de 75 ans, la mortalité des ouvriers étant environ de 70 pour 1,000, celle des lords n'est que de 26. Ainsi les hautes fortunes deviennent un élément d'hygiène quand les lisières de l'enfance ou les entraves de l'âge ne leur permettent pas d'en mésuser!

Enfin, M. Bertillon termine par un *addendum* à la lecture qu'il fit à l'Académie (14 novembre 1871), touchant l'influence de la famille sur la moralité et la vitalité. Il a complété cette étude en recherchant l'influence de la présence des enfants sur la criminalité, et il a constaté que si par million d'époux sans enfants on compte chaque année 175 accusés, on n'en trouve que 109 chez les époux ayant des enfants; en ce qui concerne l'aptitude au suicide, par million d'hommes mariés sans enfants, il y a 470 suicides annuels, mais il n'y en a que 205 ayant des enfants. De même parmi les épouses, il y en a 157 sans enfants, et 45 avec enfants. Même faits pour les veufs et veuves : toujours par million de chaque catégorie, il y a chez les veufs 1,004 suicides parmi ceux qui n'ont point d'enfants, et 526 parmi ceux qui en ont. Parmi les veuves, 238 sans enfants, 104 avec enfants.

L'auteur conclut de ses travaux qu'un grand intérêt théorique et pratique s'attache à l'étude des collectivités humaines, qu'il y a une anatomie, une physiologie du corps social : la natalité, la matrimonialité et la mortalité sont les mouvements intestins de même ordre qu'assimilation et désassimilation, que leurs lois de production ne peuvent être découvertes que par une étude spéciale des collectivités; qu'il y a là une science nouvelle d'une très-haute portée que la France a d'autant plus d'intérêt à développer que plus que jamais il faut qu'elle se surveille, se connaisse elle-même, qu'elle conserve tous ceux de ses enfants qu'elle peut préserver.

Il pense que les médecins, par leur connaissance de l'homme individuel, sont plus aptes à fonder, à cultiver cette science des collectivités humaines ou *démographie*, et à agrandir ainsi les horizons de leur profession, au bénéfice de leur corporation, au grand avantage de la science et surtout de l'hygiène publique, mais surtout, ce qui le touche davantage encore, au grand profit de la patrie.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

Hôtel-Dieu. — M. le professeur RICHET.

CORPS ÉTRANGER DE L'URÈTHRE; — URÉTHROTOMIE EXTERNE; — GUÉRISON.

Leçon recueillie par M. HUTINEL, interne du service. (1er mai.)

Je désire aujourd'hui appeler toute votre attention sur le malade auquel vous m'avez vu extraire de l'urèthre une épingle double, dite *épingle à cheveux*.

Cet homme est venu nous trouver pour la première fois il y a huit jours. Il nous a rapporté que, la veille, il s'était introduit dans le canal, dans un but facile à comprendre, une épingle à cheveux, qui tout à coup lui avait échappé et s'était engagée profondément. Le corps étranger, en effet, ne s'était arrêté qu'au niveau de la région membraneuse de l'urèthre, et pouvait, là, être assez facilement senti par le périnée. Il n'y avait pas lieu, à cette profondeur, de penser à combiner la flexion de la verge avec des pressions sur l'épingle pour amener son expulsion, ainsi que j'y avais songé d'abord; aussi ai-je eu recours à un autre moyen.

Surpris par l'arrivée inopinée du malade à la fin de notre leçon, j'ai essayé l'extraction directe, avec la longue pince que M. Colin a imaginée dans ce but, et que j'avais sous la main, instrument très-commode, avec lequel j'ai pu récemment retirer le bout d'une sonde qui s'était brisée dans les parties profondes de l'urèthre. Mais, ici, le cas était bien différent : d'abord les deux pointes étaient dirigées en avant, puisque l'épingle avait été présentée au canal par sa convexité; puis les branches, au lieu d'être rapprochées, s'écartaient par leur élasticité, de telle sorte qu'elles s'enfonçaient dans les parois du canal; aussi, lorsque j'en avais saisi une et que j'exerçais sur elle des tractions, j'enfonçais l'autre dans la paroi uréthrale que j'aurais ainsi labourée sans résultat, si je n'avais cessé immédiatement cette manœuvre.

Après cette tentative, sur le succès de laquelle je n'avais guère compté, je dois le dire, comme j'étais mal outillé je conseillai au malade, qui ne tenait pas beaucoup à subir de suite de nouvelles tentatives, et qui d'ailleurs n'éprouvait aucun signe de rétention ou de gêne de nature à déterminer une intervention précipitée, de venir nous voir le lendemain.

Trois jours après, cet homme est revenu, en effet, nous trouver. Ayant constaté que l'épingle occupait toujours dans l'urèthre à peu près la même place que le premier jour, je le fis entrer dans nos salles, et, après mûres réflexions, je me suis décidé à faire l'uréthrotomie externe pour l'extraire. Je vous en donnerai bientôt les raisons.

Procédé opératoire. — Le malade, placé comme pour l'opération de la taille, les cuisses écartées et fléchies sur le tronc, les bourses relevées par la main d'un aide, j'ai fait sur la ligne médiane, certain d'éviter ainsi toute hémorrhagie, une incision de deux centimètres de longueur qui m'a permis d'arriver directement sur l'urèthre. J'ai alors pu sentir à travers sa paroi le corps étranger préalablement fixé en arrière par un de mes aides. Mon intention était d'ouvrir l'urèthre sur le cathéter cannelé, afin de mieux guider mon incision, et de ne faire qu'une petite boutonnière bien limitée, sur la ligne médiane. Jai donc essayé de l'introduire. Mais lorsque l'instrument fut arrivé au niveau du corps étranger dont mon doigt n'était séparé que par la paroi de l'urèthre, j'ai senti qu'au lieu de glisser au-dessous des branches de l'épingle, il s'engageait constamment au-dessus, sans qu'il me fût possible de changer cette mauvaise direction. J'ai alors retiré le cathéter, et j'ai incisé le canal directement sur le corps étranger, que j'ai pu accrocher avec l'ongle à travers cette ouverture. J'ai ensuite essayé d'introduire, dans la boutonnière que je venais de pratiquer, un crochet mousse, arrondi, pour saisir le corps étranger; mais ce crochet était trop gros et ne put pénétrer. Il me fallut donc élargir encore la boutonnière, et cela sans taillader le canal, sans lui faire subir des lésions capables de laisser après elles des suites fâcheuses. Pour cela, je tentai de nouveau, et sans plus de succès que la première fois, de faire glisser le cathéter au-dessous du corps étranger. Mais je fus obligé d'y renoncer encore et de débrider, en guidant mon bistouri sur l'ongle du doigt, avec lequel je fixais toujours solidement une des branches de l'épingle. Le crochet put alors pénétrer facilement, et je retirai le corps étranger, sans même l'avoir recourbé préalablement, comme je croyais devoir être obligé de le faire.

L'extraction faite, le malade fut renvoyé à son lit, *sans sonde à demeure*. Pourquoi cette pratique ?

J'ai compris parfaitement l'étonnement des personnes qui me voyaient agir ainsi, car les chirurgiens, après l'incision de l'urèthre et l'extraction du corps étranger,

sont tous d'accord pour mettre une sonde à demeure. Pour moi, je crois que c'est là une mauvaise pratique, et j'y ai renoncé; je vais vous en exposer les raisons.

Pourquoi met-on une sonde à demeure dans le canal après l'uréthrotomie? C'est, dit-on :

1° Pour empêcher l'urine de sortir par la plaie;

2° Pour maintenir les parois du canal écartées et empêcher, lors de la cicatrisation, la formation d'un rétrécissement.

La première raison, celle d'empêcher l'urine de sortir par la plaie, est-elle bien sérieuse? Je ne le crois pas. Quand on met une sonde dans l'urèthre, lorsqu'elle est débouchée, l'urine sort en général librement par l'ouverture; mais si on la ferme, et on le fait généralement, l'urine ne tarde pas à s'accumuler dans la vessie; et comme le col ne s'applique pas hermétiquement sur le corps étranger qui gêne son occlusion, il s'écoule toujours entre le canal et la sonde une certaine quantité d'urine qui vient filtrer par la plaie. De plus, ne voyez-vous pas tous les malades qui portent une sonde à demeure avoir le canal constamment lubréfié par des mucosités abondantes, exsudats sécrétés par la muqueuse uréthrale irritée par le contact permanent d'un corps étranger? Le pus et l'urine passent ainsi à travers la plaie et empêchent la réunion de se faire. C'est là un résultat tout à fait opposé à celui qu'on se proposait en mettant une sonde à demeure.

En second lieu, vous mettez, dites-vous, une sonde pour que les parois ne se rapprochent pas et se réunissent plus exactement sur le corps dilatant. Mais, de la sorte, la réunion ne se fait point par première intention; la plaie uréthrale suppure au contraire constamment et ne se réunit que tardivement. Or, vous savez tous, Messieurs, combien les parois du canal qui ont suppuré, surtout à ce niveau, sont aptes à se rétrécir. Au lieu de prévenir la formation d'un rétrécissement, vous l'avez donc provoquée par cette pratique, vous l'avez je dirais presque rendue fatale.

Veuillez remarquer, d'ailleurs, que ce ne sont point là de ces arguments *à priori*, formulés en dehors de l'hôpital et que l'expérience clinique viendrait renverser. Au contraire, la clinique est ici d'accord avec le raisonnement; et le résultat que nous avons obtenu va vous en donner une nouvelle preuve.

En renvoyant le malade à son lit, je lui avais dit de retenir ses urines le plus longtemps possible : douze heures, vingt-quatre heures s'il le pouvait, et de se faire sonder si le besoin d'uriner devenait trop pressant. Il s'est conformé avec la plus grande docilité à cette prescription; il s'est abstenu de boissons, n'a mangé que fort peu, et le lendemain, lors de la visite, il n'avait pas encore uriné. Vingt-quatre heures s'étaient donc écoulées depuis l'opération; le canal incisé avait pu revenir librement sur lui-même, et les lèvres de la plaie, mises en contact par ce mouvement de retrait, avaient pu se réunir. Car, vous le savez, il ne faut pas, dans les conditions ordinaires, plus de trois ou quatre heures pour que les lèvres d'une plaie simple se réunissent quand elles sont mises exactement en contact. J'étais donc, après vingt-quatre heures, bien tranquille sur le résultat de l'opération, aucun obstacle n'ayant empêché les bords de la plaie uréthrale de s'affronter et de se réunir.

J'ai alors introduit avec beaucoup de précaution une sonde à grande courbure et vidé la vessie, pas une goutte d'urine n'est sortie par la plaie; puis j'ai dit de nouveau au malade de continuer à retenir ses urines; mais, fatigué de son abstinence, rassuré par le bon état de sa plaie, il a mangé et bu beaucoup plus que la veille, et le besoin d'uriner s'étant fait sentir pendant la nuit suivante, il a uriné seul, presque sans aucune douleur, et sans qu'une seule goutte d'urine se soit échappée par la plaie. Le résultat recherché était donc obtenu; il y avait eu réunion immédiate de la plaie uréthrale.

Maintenant, depuis trois jours, le malade urine parfaitement. Hier et ce matin vous m'avez cependant vu lui passer la sonde. C'est que je voulais empêcher tout rétrécissement de se former. Ce n'est pas la petite boutonnière que j'ai faite sur la ligne médiane que je redoute comme cause de rétrécissement; ce sont bien plutôt

les éraillures qu'a produites la présence du corps étranger et l'irritation qu'il a laissée dans le canal.

Vous voyez donc que la pratique nous a donné la confirmation la plus évidente et la plus heureuse des idées que j'émettais sur la cicatrisation des plaies de l'urèthre.

Or, il se trouve qu'aujourd'hui même, un chirurgien distingué de la marine, M. Hercouët, doit soutenir à la Faculté une thèse qui a pour sujet : *Des corps étrangers de l'urèthre*. Dans ce travail, il rapporte cinq cas où l'on fut obligé de recourir à l'extraction par la boutonnière. Dans ces cinq cas, on plaça après l'opération une sonde à demeure, et, dans aucun d'eux, on ne put obtenir la réunion par première intention. Dans tous ces cas, il est vrai, les malades ont guéri, mais au bout de vingt-cinq, trente ou quarante jours, après avoir eu des fistules et des suppurations du canal, et les plaies, dans aucun cas, ne s'étaient réunies par première intention. A quoi attribuer ce défaut de réunion immédiate? Uniquement à la présence du corps étranger laissé dans l'urèthre, je veux dire de la sonde à demeure. Voici donc encore les résultats cliniques en parfaite harmonie avec le raisonnement.

N'allez pas croire, cependant, que je proscrive l'emploi des sondes à demeure dans tous les cas de solutions de continuité de l'urèthre; je n'ai pas cette pensée. Il y a loin, en effet, des cas où une plaie est faite à l'urèthre pour remédier à une lésion organique de ce canal, les rétrécissements, par exemple, aux faits dont je m'occupe en ce moment et dans lesquels ce canal est sain ou à peu près. La plaie qu'on produit sur un canal intact est une plaie simple et qui se trouve dans des conditions très-suffisantes pour la réunion immédiate; or, c'est le cas qui se présente quand on est obligé tout à coup d'agir sur l'urèthre, dans lequel un corps étranger a été introduit.

Nous devons nous poser maintenant une autre question : Avons-nous eu raison de faire l'uréthrotomie? N'aurions-nous pas dû essayer de nouveau de retirer le corps étranger par les voies naturelles?

Ici le succès est complet et nous donne une réponse facile; de plus, nous avons beaucoup moins de chances de rétrécissement que nous n'en aurions eues en continuant des manœuvres dont le résultat le plus certain aurait été d'irriter le canal, de le déchirer et de le faire suppurer.

Aurions-nous pu, cependant, employer une autre méthode?

On a inventé bien des instruments, et quelques-uns extrêmement ingénieux, pour extraire les corps étrangers de l'urèthre.

En premier lieu, il faut signaler le plus simple de tous, la pince de Hunter que je vous mets sous les yeux. Vous voyez ces valves qui s'écartent à l'extrémité de l'instrument lorsque je retire le tube qui les renferme et les réunit, et qui se rapprochent lorsque je le repousse. Il semblerait qu'il n'y ait qu'à introduire la pince dans le canal jusqu'au corps étranger, puis à écarter les valves pour le saisir et l'extraire. Mais, défiez-vous, cette manœuvre est plus facile à décrire et à comprendre qu'à exécuter. D'ailleurs, ici elle n'était pas applicable. Je ne pouvais pas saisir à la fois les deux branches de l'épingle écartées l'une de l'autre et saillantes en avant; or, si je n'en saisissais qu'une, en tirant sur elle je devais enfoncer l'autre dans la paroi de l'urèthre. C'est ce que j'avais produit avec la pince de M. Colin et ce que j'avais prévu avant même de l'appliquer.

Il aurait peut-être été possible, disais-je, d'introduire dans le canal un tube, puis de presser sur les deux branches de l'épingle pour les rapprocher et les faire pénétrer dans son ouverture. Une fois introduites, on pourrait sans doute compter assez sur leur élasticité pour les maintenir fixées dans le tube et permettre d'attirer ainsi l'épingle au dehors. Mais d'abord, nous manquions d'un instrument convenable, et ensuite il eût été tout à fait impossible de l'utiliser; car l'épingle siégeait dans la portion périnéale de l'urèthre, et il était impossible, à travers l'épaisseur des tissus, d'agir ainsi sur elle avec assez de précision pour introduire les deux pointes et les engager simultanément dans l'orifice d'un aussi petit tube.

Vous connaissez tous le procédé qu'employa Blandin pour extraire de l'urèthre

une épingle simple, à grosse tête. En ployant la verge à angle droit, il força la pointe à traverser le canal; puis, ayant attiré l'épingle au dehors par sa pointe saillante à travers la piqûre, il put alors pousser en avant, vers le méat, la tête de cette épingle, qui se trouvait primitivement en arrière, et l'extraire ainsi facilement.

Mais, ce qui est possible pour une épingle simple, toujours très-pointue, n'est pas applicable à une épingle double dont, vous le savez, les pointes sont mousses, lesquelles, par conséquent, auraient eu de grandes difficultés à traverser les parois du canal. D'ailleurs, il n'eût pas été possible de ployer aussi l'urèthre dans sa portion périnéale. Aussi, n'ai-je donc pas même songé à ce mode d'extraction.

M. Reliquet a inventé dernièrement une pince coupante, sorte de petit brise-pierre avec laquelle on peut aller chercher la partie courbe qui unit les deux branches de l'épingle, et la couper. Il ne reste plus ensuite qu'à extraire séparément ces deux branches, ce qui n'est pas encore sans difficulté. Mais, est-il bien facile d'arriver précisément sur la convexité de l'épingle, quand cette convexité est tournée en arrière? De plus, en la coupant, ne s'expose-t-on pas à déchirer, à érailler le canal, et à y produire des lésions beaucoup plus graves que la boutonnière? Pour mon compte, j'ai pensé que ce procédé exposait à plus de dangers qu'il n'offrait d'avantages réels et certains, et voilà pourquoi je me suis décidé, après mûres réflexions, à faire l'uréthrotomie externe, opération très-simple ici, et qui n'entraîne après elle aucune suite fâcheuse, surtout, j'y insiste, quand on ne met pas de sonde à demeure dans le canal.

Voici ce qui s'est passé consécutivement : Le malade a continué à uriner par le canal, sans difficulté, pendant huit jours; mais, le neuvième, il a été pris de frisson, de malaise, qui firent soupçonner l'apparition d'un érysipèle. Il règne, en effet, dans les salles, depuis plusieurs mois, une épidémie d'érysipèle telle, qu'on a été obligé de suspendre toute opération qui n'offrait pas d'urgence absolue. Les bords de la plaie périnéale, qui n'était pas encore tout à fait fermée, se gonflèrent, devinrent rouges, et la rougeur s'étendit au scrotum et à la face interne des fesses et des cuisses. La désunion de la plaie uréthrale s'ensuivit probablement; car, dès le lendemain, le malade accusa un écoulement d'urine par le périnée. Des cataplasmes, de légers purgatifs, la diète, les bains, enrayèrent la marche des accidents, et aujourd'hui, vingt-deuxième jour après l'opération (22 mai), le malade urine par la verge à gros jet, et sans qu'il s'écoule la moindre goutte d'urine par la plaie périnéale, qui n'est pas encore totalement cicatrisée. Un léger décollement sous-cutané s'est formé du côté de la racine des bourses, à la suite de l'érysipèle; il s'est cicatrisé sans qu'on fût obligé de recourir à une incision. Le cathétérisme avec une grosse sonde d'argent se fait avec facilité.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE SUR QUELQUES FORMES COMPLIQUÉES DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE, et sur leur traitement par l'*Eucalyptus globulus* et par les eaux minérales de Lons-le-Saunier. Examen critique de quelques préjugés médicaux, par Eugène Wasserzug, etc. Paris; 1873. In-8° de 95 pages.

Ah! par exemple, voici une brochure qu'il n'est pas aisé d'analyser! Nous y eussions renoncé si elle ne contenait pas, noyés dans une foule de réflexions hors de saison et qui arrêtent court le lecteur sans qu'on lui crie : Gare! des choses originales et des faits bons à faire connaître. Le docteur Wasserzug est un fils dévoué de l'école moderne. Pour lui, l'histoire de la médecine ne remonte pas fort haut; elle est uniquement celle des progrès réalisés, pendant les siècles, dans les sciences exactes. Hors de là, il n'y a que des pygmées grimpant l'un sur l'autre pour faire un géant; la médecine n'est que l'art d'observer les phénomènes, d'étudier la force, d'en apprécier les effets, et de laisser aux empiriques le soin de disséquer l'inconnu. Gloire donc au microscope et à la cornue! Avec l'un, on contemple l'invisible; avec l'autre, on touche l'impalpable.

Sur ce, notre savant et bouillant confrère vogue à pleines voiles dans les eaux de son sujet, et nous conduit à Lons-le-Saunier, charmante ville du Jura où nous avons passé de bien doux instants, sans imaginer que nous y courions tant de dangers; M. Wasserzug en fait une des

localités les plus insalubres de la République, et il y trouve la source de presque toutes les maladies qui désolent les environs : pneumonie, bronchite, pleurésie, gastrite, dysenterie, névralgie, anémie ou ischémie, chlorose, bronchite chronique, dyspepsie, hémoptysie, hématémèse, diarrhée, scrofule, tuberculose, etc. Seulement, — et c'est là le côté original de la brochure en question, — toutes ces affections reconnaîtraient une origine commune, auraient une essence quasi-unique : le *miasme paludéen*, qui ne s'exprime plus, là, avec ses formes classiques du froid, de la chaleur et de la sueur, mais qui revêt les habits bariolés de la pneumonie, de la tuberculose, etc., etc; de la tuberculose, surtout, dont M. Wasserzug étudie un à un tous les symptômes, qu'il considère comme peu commune dans le Jura, à laquelle il nie la qualité héréditaire, et qui ne serait, nous le répétons, qu'une fièvre intermittente larvée. « Sur vingt prétendus tuberculeux, dix-neuf au moins appartiennent à la catégorie intermittente. » Qu'on n'oppose pas à l'auteur la fièvre, la toux opiniâtre, l'épaisseur des crachats, leur couleur, l'amaigrissement, l'hémoptysie, le point de côté, etc. Il fait vite justice de ces phénomènes prétendus pathognomoniques de la tuberculose, et les retrouve tous dans les désordres produits par le miasme paludéen.

Selon M. Wasserzug, le département du Jura, et surtout le territoire de Lons-le-Saunier, seraient sous un joug constant, endémique : la fièvre intermittente. Contrairement à l'opinion reçue, la tuberculose y serait assez rare, et toutes les autres affections n'y surgiraient qu'accidentellement. Pour assainir ce territoire, il n'y a donc qu'à opposer les deux ennemis les plus redoutables de la fièvre des marais. Ces deux ennemis sont : l'eucalyptus globulus et les eaux minérales de Lons-le-Saunier.

1° L'*eucalyptus globulus*, cet arbre gigantesque, cet absorbant prodigieux de l'eau et de l'humidité, ce roi des végétaux, dont le bois est d'une dureté à toute épreuve, imputrescible, même dans l'eau, inattaquable par les insectes, qui croît de six mètres en quelques mois, qui guérit le chancre mou, la leucorrhée, et tue le *pediculus pubis*, a été encore, dans la main de M. Wasserzug, un agent d'une puissance incomparable contre le monstre paludéen ; il a coupé net, non pas des accès quotidiens où la quinine suffit, mais ces autres variétés de fièvre intermittente où la quinine perd souvent sa spécificité. Ces succès viennent confirmer ceux obtenus par Keller, de Vienne, qui, sur 432 malades atteints de fièvre intermittente, en a guéri 310 par l'eucalyptus.

« L'effet thérapeutique de l'eucalyptus globulus, écrit le médecin du Jura, n'est plus une « hypothèse. Le nombre des guérisons obtenues au moyen de ce médicament par des clini- « ciens sérieux dans différents pays, et par nous, nous permet de placer l'eucalyptus à la « tête des remèdes antipériodiques les plus efficaces. »

2° *Eaux bromo-chlorurées sodiques de Lons-le-Saunier.* Considérant : que le sel marin représente le principe le plus important de l'économie animale; que les Russes ayant fait supprimer le sel dans l'alimentation de leurs vassaux, ces derniers tombèrent bientôt dans l'anémie, par diminution de la proportion des globules et de l'albumine du sang; que la privation du sel n'a jamais pu entrer dans les austérités du cloître; que les femelles des bestiaux deviennent moins fécondes lorsqu'on ne glisse pas de sel dans leurs fourrages; que le sel marin, par son sodium, alcalinise la bile et d'autres liquides; que, par son chlore, il acidifie le suc gastrique; qu'il concourt à prévenir la dissolution des globules sanguins, active la transformation du sucre, la sécrétion et l'élimination de l'urée, convertit en phosphate de soude une partie du phosphate de potasse, contribue aux actes osmotiques. Considérant, en outre : que le sel marin est diminué dans la phlegmasie, les maladies paludéennes et la chlorose, dans la fièvre lente, inflammatoire; qu'il a une action directe sur les globules rouges; que les eaux de Lons-le-Saunier sont bromo-chlorurées sodiques; quelles contiennent beaucoup de chlorure de sodium..... M. le docteur Wasserzug n'hésite pas à déclarer qu'il faut employer les eaux minérales de Lons-le-Saunier dans les maladies qui vont de pair avec une diminution de sel marin, de même que l'on fait usage des eaux ferrugineuses dans les maladies qui se manifestent par une diminution de fer, et que, par conséquent, les dites eaux sont précisément l'antidote de la maladie qui, sous mille formes, règne endémiquement dans le Jura, c'est-à-dire le miasme paludéen.

En résumé, voici ce qui se dégage de plus clair des 95 pages qui composent la brochure que nous tâchons de faire connaître.

L'élément paludéen est le seul qui règne épidémiquement dans le Jura; nouveau Protée, il y revêt les formes pathologiques les plus variées, et tel paysan qui, par exemple, est fortement accusé de tuberculose, n'a, après tout, qu'une rate hypertrophiée, et n'est miné que par la fièvre intermittente.

Le bon Dieu a mis le mal à côté du remède; il a fait surgir de terre les eaux de Salins, celles de Lons-le-Saunier, dont la vertu la plus éclatante est de combattre le monstre des marais.

Le même bon Dieu n'a pas fait croître spontanément, dans le Jura, l'eucalyptus globulus, cet autre pourfendeur de la fièvre intermittente; mais l'arbre prodigieux s'y acclimate aisément, témoin les trente pieds qui ont poussé admirablement à Courlaoux, dans la propriété de M. Janet. Semez donc bien vite l'eucalyptus globulus dans le Jura!

Mais l'abus des bonnes choses est toujours une chose mauvaise. Il paraît que les Lédoniens ne font pas fi de se purger à outrance avec les eaux qu'ils ont là sous la main. Voici en quels termes M. Wasserzug convie à plus de sagesse ses concitoyens d'adoption :

« Quelques-uns se purgent tous les printemps, parce que, disent-ils, les vignes bourgeonnent..... Voilà au moins une physiologie à la portée de tout le monde. Les autres, plus soucieux de leur santé, ceux qui ont toujours un peu de camphre dans la poche, une pastille de Vichy à la bouche, les autres, disons-nous, se purgent tous les mois. On leur a dit qu'il faut souvent nettoyer la *marmite*. Pour les empiriques, avec les cornues et les matras hideux on ne prépare que des *banquets immondes*. La marmite, charme indescriptible, voilà ce que jadis le peuple élu de Dieu, devenu libre, a regretté; la marmite, enfin, cet autel sur lequel on laisse monter la fumée flagrante vers la déesse *Affinité*, qui dispense de savoir et de croire. Le médecin éclairé, ou mieux le médecin, doit combattre ces funestes préjugés et faire comprendre que ces « *raclures de boyaux*, » loin d'être des « humeurs, » de la *matière peccante*, rendues visibles et palpables par les purges, sont, au contraire, des principes organisateurs essentiels de la vie animale, et qu'en arrachant ces *raclures* du sein de l'économie, loin d'en éliminer un principe morbide, comme le prétendent l'empirique et le marguillier de village, on détermine *toujours* une maladie : l'atonie des intestins, occasionnant la constipation qui suivra les purges; l'anémie avec tout son cortége de symptômes morbides; voilà la seule conséquence de ces *raclures*. »

Il faut lire ce livre étonnant pour avoir une idée de la conviction qui anime et brûle l'auteur. A chaque instant, au milieu du calme de la science, d'un exposé froid et didactique, le lecteur sent un pétard qui éclate sous ses pieds; c'est le docteur Wasserzug qui lance une bordée contre l'empirisme, contre la vieille médecine; mais cela n'effraie pas; on se plaît, au contraire, à aimer l'artificier, tant il est de bonne foi et tant son honnêteté médicale sort à chaque ligne. Et puis, il faut le dire, les idées émises par l'excellent docteur sont originales; il fait la guerre à ce qu'il croit être l'erreur; il donne d'excellents conseils d'hygiène aux Lédoniens; il est tout dévoué à la science, à ceux qui souffrent. En voilà plus qu'il n'en faut pour le faire aimer et respecter.

« Si, dans la vivacité de la polémique, écrit-il dans sa préface, et dans l'ardeur de notre conviction, quelques mots un peu rudes nous échappaient, le lecteur voudra bien se rappeler que nous sommes étranger, et que nous ne saurions toujours saisir parfaitement les nuances délicates de la langue française, distinguer les mots qui expriment le sérieux de ceux qui expriment le sévère. » — A. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 août 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1872 dans les départements du Gers et de Saône-et-Loire. (Com. des épidémies.)

2° Une demande en autorisation d'exploiter une nouvelle source minérale dans la commune de Luzet (Gard). — (Com. des eaux minérales.)

3° Un mémoire de M. le docteur Durand, sur un nouveau procédé de préparation de la diastase, avec échantillon à l'appui. (Com. des remèdes nouveaux.)

4° La deuxième partie du deuxième volume du *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène de France*.

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. Davaine accompagnant l'envoi d'un pli cacheté, dont le dépôt est accepté.

—

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Périer, médecin militaire, une brochure intitulée : *Des races dites Berbères et de leur ethnogénie.*

—

M. le Président a le regret d'annoncer la mort de M. Ossian Henry, membre titulaire de l'Académie pour la section de physique et de chimie.

M. le Président annonce ensuite à l'Académie que M. le docteur Sizurine, médecin en chef de l'armée russe et du czar, assiste à la séance.

—

M. le docteur BELHOMME, candidat pour la section d'anatomie pathologique, lit un travail intitulé : *Recherches sur l'importance des études physiologiques pour les progrès de la philosophie et de la sociologie*. Voici les conclusions de ce travail :

1° La science physiologique est nécessaire pour la connaissance de nos fonctions physiques et morales.

2° La philosophie est subordonnée à la science, parce qu'elle n'a de valeur que par la connaissance approfondie des faits d'observation.

3° Pour prévenir de nouvelles révolutions, il faut un gouvernement ferme, qui favorise la science, la religion, et les principes d'équité et de justice. (Renvoyé à la section réunie en commission d'élection.)

—

M. le docteur CHAIROU, médecin en chef du Vésinet, lit un travail intitulé : *Considérations sur les brûlures occasionnées par le pétrole, à l'occasion de la catastrophe de Rueil du 25 juillet.*

Après avoir fait une description topographique du théâtre de l'accident et expliqué le mécanisme de l'incendie, il rend compte de la position respective de tous les blessés, qu'il divise en trois groupes :

1° Ceux qui étaient placés autour du réservoir de pétrole ;

2° Ceux qui étaient placés sur le trajet direct de la trombe de feu ;

3° Ceux qui étaient en dehors du foyer, mais dans l'intérieur de la boutique.

Tous ceux de la première catégorie sont morts, sauf un ; ceux de la deuxième sont sauvés, bien que trois présentent encore des complications redoutables.

L'auteur s'attache à décrire avec le plus grand soin les lésions et les symptômes qui lui ont paru mériter une mention spéciale. Il insiste surtout sur l'absence de douleur pendant les premières heures qui ont suivi l'accident ; sur le frisson violent plus ou moins prolongé que tous les blessés ont éprouvé lors du premier pansement ; sur la soif ardente, inextinguible, qui les a tourmentés et le goût de pétrole qu'ils trouvaient à toutes les boissons ; sur le délire qui s'est manifesté plus ou moins rapidement chez tous les malades de la première catégorie ; enfin, sur le peu d'intensité du mouvement fébrile, même dans les cas qui se sont rapidement terminés par la mort.

—

M. DEMARQUAY met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique relative à un cas d'embolie qu'il a eu l'occasion d'observer il y a quelques jours.

Le sujet de l'observation est une jeune femme de 37 ans, qui se fit, il y a cinq semaines environ, en dansant, une fracture de la jambe avec épanchement considérable de sang dans les parties molles. M. Demarquay, appelé, appliqua un appareil de Scultet, plus tard un appareil silicaté, grâce auxquels la malade arriva sans encombre jusqu'au trente et unième jour de sa fracture qui était, à ce moment, presque complétement consolidée.

Elle se proposait de quitter l'hôpital lorsque, la veille même du jour de son départ, le matin, en faisant sa toilette, elle succomba subitement, sans que personne ait été témoin de sa mort.

L'autopsie, d'ailleurs très-incomplète, pratiquée par M. Demarquay, a montré la présence, dans l'artère pulmonaire, d'un énorme caillot occupant une étendue considérable de cette artère et de ses deux divisions.

Dans le membre fracturé, à la partie inférieure, existait un épanchement considérable de sang coagulé en dehors des vaisseaux. Il y avait aussi des caillots dans les veines poplitée et fémorale.

Ce fait, dit M. Demarquay, n'est pas unique dans la science. Velpeau, M. Azam, de Bordeaux, et d'autres chirurgiens, en ont cité d'analogues.

M. BRIQUET dit avoir observé un fait qui ressemble beaucoup à celui de M. Demarquay. Il s'agit d'une femme atteinte de varices et de phlébite de la veine fémorale variqueuse. Le membre inférieur était gonflé et la veine remplie d'un caillot dur. Des applications émollientes, cataplasmes, bains, etc., avaient amené une grande amélioration lorsque, un matin, en se mettant sur son séant pour prendre son chocolat, elle est prise tout à coup d'une douleur extrêmement violente à la poitrine, avec sensation horrible d'étouffement, et meurt sous les yeux de l'interne, appelé en toute hâte.

A l'autopsie, on a constaté l'existence d'un long caillot dans la veine fémorale et dans la veine tibiale ; un fragment de ce caillot s'était détaché, avait remonté dans la veine cave inférieure, puis dans les cavités droites du cœur qui l'avaient projeté dans l'artère pulmonaire où on a pu le retrouver bouchant les deux orifices de ce vaisseau.

M. Larrey demande à M. Demarquay si sa malade avait aussi des varices comme celle de M. Briquet.

M. Demarquay répond que sa malade n'avait pas de varices ; elle avait seulement un épanchement considérable de sang dans les parties molles du membre fracturé, en dehors des vaisseaux. Cet épanchement avait persisté jusqu'au trente-unième jour de la fracture, c'est-à-dire jusqu'à la mort de la malade.

M. Demarquay ajoute qu'il a été témoin d'une embolie survenue brusquement sous ses yeux chez une dame qu'il soignait avec Trousseau et qui avait eu des accidents phlegmasiques très-graves du côté du bassin. Il lui était resté une phlébite de la fémorale, et l'on constatait l'existence d'un caillot qui remontait jusqu'à l'arcade crurale. Un jour, à la suite d'un mouvement brusque du membre, la malade fut prise d'accidents formidables de suffocation, avec perte de connaissance, relâchement des sphincters, pouls imperceptible, et tous les signes apparents d'une mort imminente. Heureusement la malade finit par se rétablir. M. Demarquay et Trousseau constatèrent la disparition du coagulum de la veine fémorale au moment de l'accident.

M. Bourdon a eu l'occasion d'observer deux femme qui, ayant des varices, furent prises d'accidents de suffocation épouvantable, l'une en fléchissant le bassin, l'autre la cuisse. Elles se rétablirent, mais elles ressentirent pendant longtemps, à la suite, une sensation d'oppression plus ou moins vive. M. Bourdon attribue la guérison des embolies au volume très-peu considérable des caillots migrateurs.

M. Depaul a vu un certain nombre de cas d'embolie chez des femmes en couches. Dans deux cas, les accidents se sont terminés par la guérison.

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une jeune dame, récemment accouchée et prise, vers le quinzième jour après son accouchement, de *phlegmatia alba dolens*. Un jour, M. Depaul, immédiatement après la visite qu'il faisait à cette dame, fut rappelé en toute hâte et la trouva comme mourante à la suite d'accidents formidables de suffocation dont elle venait d'être prise subitement. M. Depaul, en appliquant l'oreille sur la région du cœur, constata un bruit de souffle qui n'existait pas auparavant. Bref, la malade finit heureusement par se rétablir.

M. Depaul a observé un autre cas absolument semblable, et qui se termina également par la guérison.

M. Depaul trouve dans la pièce de M. Demarquay des détails anatomiques qui ne lui semblent pas se rapporter à la véritable embolie. Dans celle-ci, les caillots migrateurs n'ont pas la forme que l'on voit dans la pièce pathologique de M. Demarquay. Ce ne sont pas ces gros caillots à ramifications qui semblent plutôt s'être formés sur place. Dans l'embolie, le caillot n'est qu'un fragment, ordinairement de forme irrégulière, d'un caillot plus considérable, dont il s'est détaché ; on le retrouve et on peut l'adapter à la cassure ou surface de séparation du caillot dont il provient.

A ce point de vue, le cas de M. Demarquay ne semble pas appartenir à la véritable embolie.

M. Demarquay répond qu'il regrette de ne pas avoir apporté le dessin qu'il a fait faire des détails anatomiques de la pièce en question, et où l'on voit parfaitement, dit-il, le caillot migrateur arrêté dans l'artère pulmonaire, et derrière lequel s'est formé le gros coagulum dont parle M. Depaul.

M. Moutard-Martin a eu, lui aussi, l'occasion d'observer un cas d'embolie chez une jeune femme de 28 ans nouvellement accouchée et atteinte de *phlegmatia alba dolens*. Un jour que, malgré des défenses formelles, la garde lui pratiquait des frictions sur le membre malade, la jeune femme fut prise tout à coup de suffocation excessivement violente, avec perte de connaissance, agitation extrême, cyanose, pouls filiforme et impossible à compter.

Ces accidents se dissipèrent petit à petit ; mais, quatre jours après, ils se reproduisirent avec une intensité moindre, et ne persistèrent que quelques heures, après quoi ils disparurent définitivement pour ne plus se manifester. La malade se rétablit complétement.

M. Moutard-Martin pense, comme M. Bourdon, que les cas de guérison doivent être attribués au petit volume des caillots migrateurs.

— La séance est levée à cinq heures.

JOURNAL DES JOURNAUX

Étude sur le diagnostic des tumeurs de la paume de la main, à propos d'un névrome de cette région, par M. Bachon, médecin-major. — La douleur n'est pas un caractère distinctif du névrome, comme on pourrait le croire *à priori*. Une tumeur de la paume de la main gauche, opérée par M. Bachon, médecin-major, et reconnue au microscope comme un névrome du nerf

médian, n'avait jamais déterminé la douleur, même à la ponction aspiratrice. La compression seule était douloureuse. Des douleurs permanentes peu prononcées existaient au-dessus du coude, et la peau de la surface interne de la main était baignée de sueur. Ces caractères étaient donc peu distinctifs pour établir le diagnostic, on pouvait croire à un fibrome, et c'est à établir ce diagnostic différentiel que l'auteur a consacré un trop long article en raison des connaissances de ceux auxquels il s'adressait. (*Recueil des mémoires de méd. et chirur. milit.*, janvier-février.) — P. G.

Emploi physiologique et thérapeutique du seigle ergoté, par le docteur KERSCH. — Une infusion concentrée de seigle ergoté, injectée dans la jugulaire d'un chien, l'anéantit; il hurle sourdement, et ses membres deviennent rigides en moins d'une demi-heure. Sa température est basse et il est froid au toucher. Si l'on découvre les artères des membres, on les trouve fortement contractées, fermes et dures au toucher. Les tracés sphygmographiques présentent des courbes petites et courtes avec de longs intervalles indiquant la lenteur du pouls et la faible expansion artérielle. La contracture de l'artère est encore plus sensible en exposant comparativement celle d'un animal sain avec celle d'un animal ergotisé.

Sur la chatte en état de gestation, l'administration d'une forte infusion d'ergot avec du lait a un effet semblable. L'anéantissement et les cris sont plus intenses, mais les effets toxiques sont plus lents. L'expulsion des petits a lieu en deux jours et la mère succombe ensuite aux convulsions.

Administré de même au chien, l'ergot produit en moins de trois heures une telle contraction que les plus petites artères deviennent imperméables et ressemblent à des cordons nerveux. La contraction artérielle, et la lenteur, la dureté du pouls en sont aussi la conséquence sur l'homme.

Dans deux cas de fièvre puerpérale, l'emploi du seigle ergoté a donné de bons résultats en diminuant le pouls et en abaissant la température. Il semblerait donc indiqué contre la fièvre. (*Betz memorabilien*, n° 5.) — P. G.

FORMULAIRE

LOTIONS FROIDES CONTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — JACCOUD.

On pratique les lotions froides avec du vinaigre aromatique pur. Pour cela, on glisse sous le malade, complétement nu, une grande couverture de laine sur laquelle a été placée une toile cirée. Avec une grosse éponge bien imbibée de vinaigre, on fait une lotion rapide sur la totalité du corps; puis la toile cirée est enlevée par glissement, et le malade reste enveloppé dans la couverture de laine jusqu'à ce qu'il soit complétement sec. — Chaque lotion doit durer, en moyenne, deux minutes, et on en fait deux à quatre par jour, selon la température du malade. On ne les cesse que quand la fièvre a disparu, à moins qu'elles ne déterminent des sueurs épuisantes chez des sujets adynamiques. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 28 AOUT 1762.

La *Gazette de médecine* publie une « Lettre d'une religieuse à l'auteur de cette *Gazette*. »

« Je prends la liberté de vous écrire, Monsieur, pour la fille du monde la plus digne de toute votre compassion. C'est une de mes compagnes, qui souffre depuis longtemps sans oser se plaindre. Elle habite cette maison dès l'âge de 7 ans; je suis aussi assurée de sa sagesse que de ma propre existence. Cependant, le croiriez-vous, Monsieur? elle est affligée d'une chute de matrice qui lui survint tout à coup, il y a environ quinze ans, dans l'effort d'une toux violente. Je vous avoue que j'avais cru jusqu'à présent que les femmes seules étaient sujettes à ces sortes d'accidents, et, sans faire tort à mes compagnes, je les crois toutes aussi ignorantes que moi sur cette matière. Si donc notre pauvre malade allait leur faire confidence de son infirmité, qui me répondrait que, dans un couvent de trente religieuses, il ne se trouverait pas une mauvaise langue capable de donner une interprétation maligne à la chose la plus innocente en soi? Mon amie doit d'autant plus craindre de s'exposer à de semblables traits, que, quoique très-bonne religieuse, comme elle n'était pas née riche, et qu'elle a été reçue sans dot, on a eu quelque lieu de soupçonner que des motifs humains étaient entrés pour beaucoup dans sa vocation... »

Le journal a donné une consultation dans son numéro suivant (1er septembre 1762).—A. Ch.

COURRIER

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. (Session de Lyon). — Vendredi dernier, 22 août, a eu lieu à l'Hôtel de ville une séance générale dans laquelle, entre autres communications intéressantes, celle de M. Blanc, médecin anglais, relative au choléra, a particulièrement interessé le public. M. Blanc a été médecin de l'armée des Indes; il a étudié de près le choléra dans son pays d'origine, et l'examen des faits l'a convaincu que la propagation de cette épidémie se fait par les eaux potables. Ce n'est ni dans l'air, ni dans les vêtements, ni dans les aliments que résideraient les germes cholériques, mais bien dans les eaux avec lesquelles nous sommes dans un perpétuel et nécessaire contact. La conclusion, c'est qu'il faut faire usage d'eaux très-pures, où plutôt d'eaux chargées de principes antiputrides.

Le samedi 23, l'Association française s'est transportée à Solutré, dans le Mâconnais, pour y examiner une station préhistorique. Partis de Lyon à six heures du matin, les membres de l'Association, au nombre de 150 environ, arrivèrent à Mâcon vers neuf heures et demie. Après un lunch offert par la ville dans le buffet de la gare, ils montèrent en voiture, traversèrent les riches coteaux du Mâconnais, les villages de Pouilly et de Davayé, et au bout d'une heure ils étaient à Solutré. « Là, dit le correspondant, nous mîmes pied à terre et nous fûmes reçus par M. l'abbé Ducrost, M. Pellorce, président, et M. Arcelin, secrétaire de l'Académie de Mâcon, auprès desquels se tenait M. le maire de Solutré. Le village tout entier était en fête, les maisons pavoisées, les rues jonchées de fleurs. Nous passâmes sous plusieurs arcs de triomphe, portant la devise de l'Association : *Pour la Patrie, par la science.* Vraiment il y avait quelque chose de touchant dans l'empressement de ces braves paysans à saluer les représentants de la science. Nous eûmes bien vite gravi le chemin qui mène à l'endroit des fouilles. Du point où celles-ci ont été exécutées, on découvre un immense et splendide panorama, les plaines ondulées et vertes du Mâconnais. Nous pénétrons dans les tranchées ouvertes pour la première fois par M. de Ferry, et là nous retrouvons tous les détails de la civilisation humaine à l'époque quaternaire. Ah! cette civilisation n'était pas brillante : elle était même singulièrement barbare. Nous avons revu et retrouvé là les couteaux et autres ustensiles de silex dont ces hommes se servaient pour tuer et dépecer les animaux, les ossements brisés de ceux-ci, la cendre des foyers, des ornements, des débris de cuisine, etc. Parmi ces ossements animaux, on en trouve beaucoup qui ont appartenu au renne. On a découvert et déterré devant l'Association un squelette humain. Mais ce que la station de Solutré présente de plus extraordinaire et de plus surprenant, c'est l'immense quantité d'ossements de chevaux qui y est accumulée. On estime à près de quarante mille le nombre des chevaux dont les ossements forment là des couches épaisses. D'où venaient ces chevaux? Étaient-ils domestiques, et quelle est la population que suppose une aussi grande quantité de chevaux? Mystère!

« Après cette exploration très-instructive et où M. Broca a fait une leçon en plein air, nous avons pris place autour d'une table de plus de 180 couverts, somptueusement servie. Cette table avait été installée sous une tente, et il avait fallu, m'a-t-on dit, plus de quinze énormes charrettes pour transporter sur les hauteurs de Solutré la vaisselle et le menu de cet immense festin. Au dessert, plusieurs toasts ont été portés par M. de Qatrefages, par M. Würtz, par M. Carl Vogt, par M. l'abbé Ducrost, par M. Charles Boysset, président du Conseil général de Saône-et-Loire, etc. Puis retour à Lyon. »

CHOLÉRA. — On a constaté, à Vienne (Autriche), du 6 au 13 août, 523 cas de choléra; la mortalité a été de 59,8 pour 100. Dans la semaine suivante, jusqu'au 20 août, il n'y a eu que 401 cas; la mortalité n'est pas indiquée dans la *Gazette hebdomadaire médicale de Vienne.*

— Le *Journal de Genève* raconte que M. Paul Ragier, décédé à Belley le 24 juin dernier, a institué l'Hôpital cantonal de Genève son légataire universel. M. Ragier fait en outre différents legs, montant à la somme de 171,000 fr., parmi lesquels nous citerons les suivants : Hospice général, 10,000 fr.; Asile des vieillards, 10,000 fr.; Asile des orphelins, 12,000 fr.; Asile de l'enfance de Plainpalais, 5,000 fr.; commune de Plainpalais, pour l'achat d'une pompe à incendie, 2,000 fr.; Écoles enfantines du canton de Genève, 45,000 fr.;

M. Paul Ragier était frère de M. Émile Ragier, décédé l'année dernière, qui aurait déjà fait lui-même différents legs aux établissements de charité genevois.

Quant à la somme que la libéralité de M. Paul Ragier à voulu assurer à l'Hôpital cantonal, on ne pourra la connaître que lorsque la liquidation de cette fortune aura été opérée.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

THÉRAPEUTIQUE

DES INHALATIONS DE CHLORHYDRATE D'AMMONIAQUE DANS LES AFFECTIONS CHRONIQUES DES VOIES RESPIRATOIRES;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 juillet 1873,

Par le docteur LIBERMANN, médecin de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Les préparations d'ammoniaque jouissaient depuis un temps immémorial d'une grande réputation dans le traitement des affections chroniques des voies respiratoires, quand le professeur Fuchs de Göttingen essaya, vers l'année 1837, de substituer à la médication interne en usage jusqu'alors, l'application directe du chlorhydrate d'ammoniaque sur les muqueuses enflammées; il rendit compte, dans ses publications cliniques de 1838-1839, des succès qu'il avait obtenus dans le traitement de la bronchite chronique, en faisant respirer aux malades des vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque développées par la projection du sel ammoniacal sur une assiette de porcelaine chauffée. Ces essais furent repris en France avec succès par M. le professeur Lasègue, puis en Allemagne, en 1855, par le docteur Gineler. Abandonnées de nouveau, elles devinrent en 1864 l'objet d'études très-importantes du docteur Lœwin (1). Frappé des inconvénients qu'offraient les procédés d'inhalation pratiqués jusqu'alors, Lœwin inventa l'ingénieux appareil dont nous allons donner suivant lui la description, et dont je me suis servi depuis l'année 1868 dans le traitement de certaines affections des voies respiratoires et de l'arrière-gorge. C'est le résultat de cinq années d'expériences dont je viens entretenir aujourd'hui la Société médicale des hôpitaux ; je le ferai brièvement, en indiquant les résultats obtenus, sans détailler les observations que je tiens à la disposition de la Société.

L'inhalateur Lœwin est destiné à produire par un moyen chimique le chlorydrate d'ammoniaque à l'état naissant. Les vapeurs de chlorhydrate arrivent dans la bouche des malades par une simple aspiration, exercée sur un tube de caoutchouc commu-

(1) Voir Lœwin, *Inhal. therapie*, p. 198.

FEUILLETON

CAUSERIES

Si vous croyez qu'il soit agréable, en ce temps de vacances, de chasse et de villégiature, de voir ses amis et connaissances fuir les uns après les autres et vous laisser seul respirer les odeurs de Paris, vous vous trompez fort. Cela me rappelle les pauvres collégiens, n'ayant ni parents ni correspondants, voyant défiler leurs camarades et leur petit paquet au moment des vacances, et leur dire adieu la larme à l'œil et le cœur gros. Avouez qu'il faut que ces pauvres enfants soient doués d'une riche nature pour ne pas devenir envieux et méchants, en voyant, eux tristes, leurs camarades joyeux s'envoler à tire d'aile. N'est-il pas étonnant que, dans notre époque véritablement humaine et charitable, où s'instituent et prospèrent des sociétés protectrices de tout genre, il ne se soit pas élevé une Société pour recueillir pendant les vacances, et les faire jouir des plaisirs de la saison, les malheureux collégiens sans famille ou sans protecteur, et condamnés à la réclusion pendant que leurs amis s'ébattent au dehors?

J'ai assisté, ces jours derniers, à une scène de fin d'année scolaire; les prix venaient d'être distribués, les derniers sons de la musique résonnaient encore, les mères et les sœurs venaient, après les avoir embrassés, conduire au foyer de la famille ces enfants heureux et réjouis de quitter les murs du collége. Sur ces jeunes visages se voyait l'épanouissement de la joie. Attardé par un lycéen que j'étais chargé de conduire au chemin de fer, j'eus le temps de voir une douzaine au moins de ces malheureux enfants qui n'attendaient personne, que personne ne venait chercher, et qui assistaient, avec ce gonflement de cœur qu'on peut comprendre, au départ joyeux et bruyant de leurs heureux camarades.

Vrai, j'ai eu aussi le cœur serré, et je me suis demandé : N'y a-t-il donc rien à faire?

C'est très-bien, mais les bonnes âmes qui ont de semblables idées n'ont pas malheureuse-

niquant avec l'appareil; on peut aussi respirer à volonté les vapeurs ammoniacales, en régler les quantités, s'arrêter quand elles excitent la toux ou le vomissement.

Dans les anciens procédés d'inhalation, on ne pouvait le faire, car on développait tout d'un coup, par la projection du sel ammoniacal sur des plaques de fer ou une assiette de porcelaine chauffée, des quantités si considérables de vapeur, que le malade, pris presque immédiatement de toux et de vomissement, suspendait généralement, au bout de peu de temps, la médication par suite du dégoût qu'il en éprouvait. L'inhalateur Lœwin, dont nous avons modifié légèrement les dispositions, se compose de trois flacons de verre d'inégale grandeur; le plus grand reçoit 120 grammes d'eau distillée, les deux plus petits sont chargés : l'un de 60 grammes d'acide chlorhydrique; l'autre d'une égale quantité d'ammoniaque caustique. Les petits flacons communiquent avec le grand au moyen de deux tubes coudés, mi-partie verre, mi-partie caoutchouc. Les deux petits flacons sont munis chacun de deux tubes aspirateurs en verre, qui plongent dans le liquide et le font communiquer avec l'air extérieur; le grand flacon est muni d'un troisième tube, verre et caoutchouc, terminé par un embout d'ivoire. L'appareil repose dans une boîte à compartiments, dont le couvercle est muni d'une feuille de caoutchouc qui comprime les tubes aspirateurs, et empêche la pénétration de l'air quand l'appareil ne fonctionne pas.

Voici maintenant son mécanisme : quand on pratique une aspiration sur l'embout qui termine le tube en caoutchouc adapté au grand flacon, on fait le vide dans les petits flacons, l'air extérieur y pénètre par les tubes aspirateurs et se charge de vapeur d'acide chlorhydrique et d'ammoniaque, qui viennent se combiner dans le flacon laveur, sous forme de chlorhydrate d'ammoniaque à l'état naissant. Les vapeurs de chlorhydrate sont immédiatement lavées en passant dans l'eau distillée, et, débarrassées des matières étrangères quelles pourraient contenir, elles arrivent dans la bouche du malade par une série d'aspirations qu'il peut régler à sa guise.

L'appareil que nous venons de décrire, très-simple comme on le voit, peut servir à tous les malades en état de faire des aspirations nécessaires; mais il fallait encore le rendre accessible aux personnes faibles et aux enfants incapables de se livrer eux-mêmes à cette manœuvre. Lœwin remplit cette indication en faisant partir de

---

ment la fortune du duc de Brunswick ou de M. Wallace pour les réaliser. Et ceux qui la possèdent, cette fortune, n'y pensent guère, hélas!

Toujours est-il que tous ces départs, ces vides et ces trous dans nos réunions me donnent aussi une furieuse envie de m'envoler, et je crois bien que, d'ici à deux ou trois jours, j'aurai pris la poudre d'escampette. Mais je vous supplie de me garder le secret et de n'en rien dire à personne. Peut-être irai-je vers le Nord, si ce n'est vers le Sud, à moins que je ne me décide pour le Levant, si toutefois je ne suis entraîné vers l'Occident. Je veux garder le plus strict incognito; il me déplaît qu'on vienne m'attendre aux gares des chemins de fer, je vous en préviens; j'abomine les discours, auxquels il faut répondre; j'ai horreur des arcs de triomphe, et la musique des pompiers m'agace.

Donc, chers confrères, retenez à votre hôtel de ville M. le maire et son écharpe municipale. Donc, ni fanfares, ni lampions, ni pétards, je vous en conjure, mes chers lecteurs. Laissez à l'humble docteur Simplice, qui n'a rien libéré du tout et qui ne veut pas balconner, la simplicité de ses allures.

Décidément je me suis fait une mauvaise affaire avec les petites voitures des enfants. J'ai reçu cette semaine quatre lettres d'opposition, on m'en annonce une autre dans l'*Abeille médicale*, et pas un mot approbateur n'est venu compenser ce déplaisir. Quand tous ceux qui ont un mot à dire sur la question auront dit ce mot, nous reprendrons ce sujet. Je ne vois pas qu'on ait encore répondu à mon argument physiologique, le seul auquel je tienne, en définitive, qui, s'il n'est pas fondé, rend toute discussion inutile, et qui ne peut être admis comme fondé que sur des faits et des observations. On me répondra, on m'a déjà répondu en me citant des faits de direction vicieuse des membres, par suite de la façon malhabile ou imprudente de porter les enfants sur les bras. Il est très-probable que des faits semblables on en trouvera beaucoup; l'usage de porter les enfants sur les bras étant aussi vieux que le monde et encore si général, l'on doit trouver un grand nombre de mères ou de nourrices ignorantes ou maladroites. Cela ne fait pas que cet usage soit mauvais en soi et en principe, cela ne fait

chacun des petits flacons un tube en verre, qui vient se réunir à un troisième tube en caoutchouc terminé par une boule de même substance; en pressant sur la boule on chasse les vapeurs d'acide chlorhydrique et d'ammoniaque qui viennent se combiner dans le grand flacon et s'échapper dans l'embout habituel, préalablement placé dans la bouche du malade, qui reçoit ainsi les vapeurs sans être obligé de se livrer lui-même à une aspiration qui pourrait devenir fatigante (1).

L'appareil peut être chargé presque indéfiniment et fonctionner convenablement, pourvu qu'on ait soin de remplacer de temps en temps l'eau distillée et de nettoyer les tubes de verre qui s'engorgent par les dépôts salins de chlorhydrate d'ammoniaque. Pour empêcher l'excès d'ammoniaque, qui rendrait les vapeurs de chlorhydrate facilement caustiques, on sature l'eau distillée du flacon laveur avec de l'acide chlorhydrique, et comme cette précaution ne suffit pas toujours, j'ai fait rétrécir le tube de verre qui s'étend du flacon laveur au flacon d'ammoniaque, et je recommande aux malades de boucher avec le doigt le tube aspirateur de ce dernier flacon; on rétablit ainsi l'équilibre entre les vapeurs d'acide chlorhydrique et d'ammoniaque qui sont toujours plus abondantes. L'odeur du chlorhydrate d'ammoniaque est souvent désagréable aux personnes délicates, on la masque facilement au moyen de quelques gouttes d'une huile aromatique, ajoutée à l'eau distillée du flacon laveur. L'huile d'anis, de menthe, de fenouil, la teinture de benjoin, peuvent être employées dans ce but; on peut même y ajouter des substances médicamenteuses sur la volatilisation desquelles j'ai entrepris une série d'expériences (2).

Parmi les corps inorganiques, j'ai expérimenté le brome, l'iode et l'acide sulfhydrique; quelques mots sur ces essais.

Je prends 0,50 d'iode pur et 1 gramme d'iodure de potassium, je verse le tout dans l'eau distillée contenue dans le flacon laveur; l'iode se dissout rapidement, grâce à la présence de l'iodure alcalin. En aspirant, on constate immédiatement le passage de l'iode mêlé aux vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque, mais en quantité très-minime, car l'iode n'est volatil qu'à chaud.

(1) Lœwin. *Loc. cit.*, page 200.
(2) Lœwin. *Loc. cit.*, page 200.

---

pas qu'il ne soit pas naturel, instinctif pour ainsi dire, et que tous les peintres, tous les sculpteurs anciens et modernes n'aient reproduit cette pose comme la plus gracieuse.

Mais ne discutons pas encore et écoutons les dissidents :

Charmes, le 22 août 1873.

Mon très-honoré confrère,

La question des petites voitures étant à l'ordre du jour dans votre estimable journal, vous pardonnerez à un jeune confrère de vous communiquer quelques observations qui, je le dis d'avance, seront en faveur de cette vieille invention, rajeunie et répandue dans tous les pays par la furie de la mode et de l'imitation.

L'abus en tout est nuisible, et, certes, je ne soutiendrai pas la pratique de certaines personnes qui font de la voiture le seul domicile de leurs enfants. Mais le sexe faible, il faut bien l'avouer, n'a plus, malheureusement, le tempérament fort et vigoureux des anciens temps; malgré la bonne volonté des mères de nourrir leurs enfants, le lait fait trop souvent défaut, et quand, à force de précautions, la mère arrive à pouvoir allaiter, elle est si fatiguée, si exténuée de cette dépense journalière, qu'elle ressent presque toujours des points de côté, des névralgies intercostales assez violentes, etc. Comment alors, dans ces cas si fréquents, conseiller même à la mère de porter son enfant? Et supposons que cette même mère ait eu des couches laborieuses, qu'elle ressente de temps à autre des douleurs dans le bas-ventre, l'enfant, suspendu au cou ou tenu sur les bras, ne pourra-t-il pas, dans ses ébats, donner des coups plus ou moins violents à cette région douloureuse? Quel inconvénient y a-t-il, au contraire, avec la voiture? Sans elle, l'enfant courrait grand risque de ne pas sortir du tout, en supposant le manque de bonne. Avec la voiture, l'enfant et la mère prennent l'air et le soleil : les deux en profitent.

Sans parler des infirmités qui résultent, pour l'enfant, de la station sur les bras, et que deux honorables contradicteurs vous ont exposées, je vous signalerai une mauvaise habitude qu'ont trop souvent les nourrices et les bonnes : c'est, quand l'enfant crie, d'exciter, de chatouiller les organes génitaux de l'enfant. Celui-ci, qui ne supposait pas même l'existence de ces par-

Pour le brome, on opère de la même manière, seulement sans addition de bromure alcalin. Le brome volatil, à la température ordinaire, fournit des vapeurs abondantes, il faut donc l'employer avec beaucoup de ménagement.

Quant à l'acide sulfhydrique, rien de plus simple : on met 1 gramme de polysulfure de potassium (foie de soufre) dans le flacon laveur, contenant de l'eau distillée; le sulfure de potassium se dissout, on aspire, et aussitôt l'acide sulfhydrique se dégage. Il est certain qu'il se produit dans ces cas de faibles quantités d'iodure, de bromure ou de sulfure d'ammonium, mais ces quantités sont insignifiantes et ne sauraient avoir d'action nuisible.

Les substances organiques que j'ai soumises aux mêmes expériences sont nombreuses. Je me bornerai à signaler les plus intéressantes, telles que le goudron, l'acide carbolique, le benjoin, le baume de Tolu, l'essence de térébenthine et les essences oxygènes. Pour le goudron, on met de l'eau de goudron concentrée dans le flacon laveur; en aspirant, tous les principes volatils du goudron se dégagent. Quant à l'acide phénique, on en prend 1 gramme additionné de 2 à 3 grammes d'alcool afin d'en faciliter la dissolution dans l'eau, et on aspire comme pour l'eau de goudron. Le benjoin, les baumes de Tolu et du Pérou sont employés en teintures alcooliques; on verse 5 grammes de teinture dans le flacon laveur; les huiles volatiles contenues dans ces corps sont facilement cédées à l'eau et passent en grande quantité quand on opère. L'essence de térébenthine s'emploie telle quelle. Il me reste quelques mots à dire sur les essences oxygénées. Ces essences, introduites dans la thérapeutique depuis peu de temps et obtenues en oxydant, par des procédés particuliers, les essences naturelles, de camomille, de cèdre, d'eucalyptus globulus, sont très-volatiles; par conséquent, on peut les administrer aisément à l'aide de l'appareil inhalateur. Il faut se garder de les dissoudre préalablement dans l'alcool, car ce corps les altérerait en s'emparant d'une partie de leur oxygène.

Dans le mémoire que j'ai l'honneur de vous présenter, il ne sera question que des inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque; les inhalations mixtes dont je viens de vous entretenir n'ont été expérimentées qu'à un point de vue purement chimique; je me réserve de parler de leurs effets thérapeutiques, quand je les aurai suffisamment employées pour me faire une idée nette de leur valeur.

---

ties, y reporte instinctivement la main et contracte, dès le jeune âge, une habitude qui le conduira plus tard à l'onanisme. Voilà une cause plus efficace d'excitation du système nerveux cérébro-spinal que les prétendus cahots de la voiture suspendue; car, je crois aussi que tout le monde choisit d'ordinaire les beaux chemins pour se promener, et que, avec la plus faible attention, on peut éviter les secousses en traversant une rue ou en allant d'un trottoir à l'autre. Du reste, que sont ces secousses en comparaison de ces sauts inconsidérés, de ces balancements exagérés, de ces tortillements que font subir aux enfants certaines personnes qui les portent?

Quand les jeunes parents et la bonne sont occupés, et que, par conséquent, l'enfant serait condamné à garder la chambre, les vieux parents, avec la voiture, peuvent, sans se fatiguer, promener le bambin au grand air. Quand la famille est nombreuse, la bonne peut promener tout son monde, et si, dans le cours de la promenade, l'un prétend être fatigué, on a au moins la ressource de pouvoir le mettre sur la petite voiture, sans plus de fatigue pour la bonne qui n'en pourrait mais.

Quel moyen plus commode de faire prendre l'air à un enfant chétif, abîmé par une maladie grave, et entrant seulement en convalescence?

Quant au sommeil dans la voiture, le sommeil n'est-il pas le principal acte de l'enfant en bas âge? N'est-il pas aussi hygiénique en plein air, avec les précautions voulues de propreté, de chaleur, qu'entre les quatre murs d'une chambre?

Enfin, quand l'enfant a plusieurs mois, il est assis dans sa voiture, son corps étant soutenu par une simple courroie. Les bras et les jambes étant libres, l'enfant exécute plus facilement tous les mouvements que quand il est porté sur les bras.

Je termine là mes réflexions, en concluant que l'usage modéré de la petite voiture n'est ni mauvais, ni nuisible, et que, au contraire, il rend d'utiles services dans bien des cas.

Recevez, très-honoré confrère, l'expression des meilleurs sentiments de votre tout respectueux lecteur.

Dr J. M.

Le malade qui aspire les vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque doit s'étudier à le faire d'une façon convenable; il sera averti du passage du gaz dans le larynx par un picotement assez vif, produit par l'irritation de la muqueuse (1). Dans certaines formes d'angines granuleuses, s'étendant à la muqueuse nasale, je recommande aux malades de faire passer la fumée par le nez, exercice familier aux fumeurs de cigarettes, et auquel on s'habitue aisément. Le premier effet de l'application locale de chlorhydrate d'ammoniaque est une irritation vive de la muqueuse, qui amène la chute puis le renouvellement de l'épithélium, ainsi qu'une augmentation de la sécrétion normale ou pathologique; cette irritation se traduit par une exacerbation de tous les symptômes pendant les premiers jours; puis peu à peu les sécrétions deviennent moins abondantes, les douleurs se calment, et par suite de la révulsion directe exercée sur elle, la muqueuse tend à revenir à l'état normal, souvent dans un temps fort court. Le chlorhydrate d'ammoniaque n'agit pas seulement d'une façon locale, il est encore absorbé, au moins en partie, et peut être retrouvé dans les urines.

Son action générale se traduit par une accélération du pouls, un sentiment de chaleur et d'excitation qui n'est pas désagréable au malade, une moiteur de la peau qui va parfois jusqu'à une sueur abondante, enfin une augmentation de la sécrétion rénale. Le chlorhydrate d'ammoniaque a encore une action sédative remarquable sur les nerfs pneumogastriques; il calme la toux et les chatouillements, si désagréables dans certaine forme d'angine granuleuse.

J'arrive maintenant à la partie pratique de ce travail. J'ai expérimenté les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque dans l'angine granuleuse, la bronchite chronique, l'asthme, l'angine de poitrine et la coqueluche. Dans l'angine granuleuse, cette affection si tenace qui fait le désespoir des chanteurs, des avocats, de tous ceux qui font un usage exagéré de la voix, les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque m'ont donné d'excellents résultats. Je les ai expérimentées depuis cinq ans dans 102 cas, et voilà les résultats obtenus : Guérison complète dans 18 cas; amé-

(1) Les indications bibliographiques et la description de l'appareil sont tirées du livre de Lœwin, *Inhalation's therapie*, pages 198 à 207.

Versailles, le 23 août 1873.

Mon cher confrère,

C'est surtout lorsqu'il s'agit de l'enfance que l'hygiène a la plus grande importance. Aussi avons-nous suivi avec intérêt la discussion qui s'est engagée depuis quelques semaines dans l'UNION MÉDICALE sur l'usage des petites voitures.

Vous demandez des faits, et certes vous avez raison; la discussion pourrait durer longtemps en énumérant successivement les avantages et les inconvénients que peut avoir ce moyen de transport pour les petits enfants. Il n'y a plus rien à dire à ce sujet.

Mais sera-t-il bien facile d'avoir des faits d'une exactitude rigoureuse? La question est déjà sur le point d'être déplacée par la lettre de notre très-honoré confrère, le docteur Caron, qui rend la petite voiture responsable du crime du biberon!

En y regardant de bien près, peut-être pourrait-on trouver une excuse semblable à tous les reproches qu'on lui fait. Est-ce la voiture qui doit être condamnée parce qu'un jeune enfant a été brûlé ou mouillé par une bouteille trop chaude, fragile, ou mal bouchée? On aurait évité cet accident avec du soin et l'appareil fermé à vis qu'on emploie partout comme moyen de caléfaction, etc., etc.

Un bon moyen de vider la question serait de bien examiner si la somme des avantages l'emporte sur celle des inconvénients : il est facile d'arriver à ce résultat avec ce qui a été écrit jusqu'ici. Il est même facile d'en supprimer tous les inconvénients, il suffit pour cela de les indiquer. Alors l'on aura rempli le but que vous vous êtes proposé, qui est d'écarter de l'enfant toutes les conditions défavorables à sa santé et à son développement.

Agréez, mon cher et honoré confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr DELAUNAY.

Vierzon, 26 août 1873.

Bien cher et excellent confrère,

Vous avez certainement raison, et votre esprit si juste et si droit, malgré même quelques

lioration très-notable dans 72 cas; résultat nul dans 20 cas (1). Quelques réflexions sur ces résultats. L'expérience m'a fait admettre deux formes d'angine granuleuse : une, essentiellement inflammatoire, constituant une lésion purement locale, et qui guérit très-bien, dans sa période chronique, sous l'influence des vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque; l'autre, beaucoup plus fréquente, tenant à une affection générale, l'herpétisme, dont le rôle a été si bien démontré par nos maîtres, Chomel, Gueneau de Mussy, Lasègue, et qui ne guérit jamais complétement, parce qu'elle tient à la constitution même du malade. Elle disparaît quelques fois momentanément; parfois elle sommeille pendant des années entières, pour se réveiller ensuite plus forte que jamais sous l'influence d'un effort, d'une fatigue de la voix, d'une irritation locale de l'arrière-gorge. Les chiffres que j'ai donnés plus haut représentent assez exactement, je le crois, la proportion de l'angine granuleuse purement inflammatoire et de l'angine herpétique, qui est certainement cinq fois plus fréquente que l'autre.

Dans les 18 cas d'angine granuleuse inflammatoire guérie par l'usage des inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque, la moyenne du traitement a été de dix semaines à trois mois. Les malades fumaient quatre fois par jour le chlorhydrate d'ammoniaque, de cinq à dix minutes chaque fois, à une distance assez éloignée des repas pour ne pas provoquer les vomissements. Il leur était, en outre, recommandé de s'abstenir : de fumée de tabac, de liqueurs alcooliques et de mets trop épicés. Dans les 72 cas d'angine granuleuse herpétique, la médication par les inhalations a heureusement modifié les accidents locaux, en diminuant la sécheresse de la gorge, le sentiment de brûlure et de picotement constamment éprouvés par les malades. Dans 22 cas, elle a modifié le timbre de la voix, complétement voilée, en agissant sur les cordes vocales par un mécanisme que j'ai parfaitement pu suivre au laryngoscope, et que je demande la permission d'expliquer en quelques mots. L'aphonie plus ou moins complète, ou plutôt l'enrouement qui accompagne toujours l'angine granuleuse, tient à deux causes : la congestion des cordes vocales et leur défaut de rapprochement. Immédiatement après une séance d'inhalation, les

(1) Les 102 cas se décomposent ainsi au point de vue du sexe : hommes, 67 ; femmes 35.

---

idées préconçues contre l'usage des petites voitures, vous fait dire qu'on n'éclaire ni la science ni l'hygiène avec du sentiment et de la poésie; mais qu'il convient que chacun apporte des faits, les faits seuls pouvant élucider cette question.

Je crois avoir, dans ma première lettre, apporté cependant une somme de faits assez sérieux et assez nombreux, démontrant quantité d'accidents graves et d'infirmités produits par la coutume de porter les enfants au cou, alors qu'ils ont dépassé les premiers mois de la première enfance; lorsque les mères ou les bonnes doivent faire, avec leur précieux fardeau, de longues courses, ou simplement des promenades pour leur faire prendre l'air. En montrant ces accidents occasionnés par la tenue vicieuse et aussi par la fatigue éprouvée par les bonnes, j'ai cru avoir démontré implicitement que les petites voitures mettaient désormais les enfants à l'abri de tous ces accidents, dont quelques-uns, ainsi que vous avez pu en juger, sont de la plus haute gravité.

Mais ce n'est pas assez de démontrer que par l'usage des petites voitures tels accidents ne surviendront pas, et que ces modestes véhicules rendent et sont appelés à rendre d'immenses services; il faut encore prouver qu'ils sont innocents des inconvénients que la prévention fait peser sur eux. Et c'est pour cela que, faisant appel aux praticiens, vous leur dites avec tant de tact et de justesse : Apportez des faits, sinon cessons toute discussion.

Eh bien, cher et excellent confrère, permettez à un humble praticien de petite ville de vous le dire (hors, bien entendu, toute idée de sentimentalité) : vous attendrez vainement et longtemps les faits que vous réclamez, on ne vous en fournira pas, parce qu'il ne saurait y avoir que ceux provenant de l'incurie et de l'imprévoyance maternelle, mais incurie et imprudence qui frappent aussi bien l'enfant dans la petite voiture qu'au cou de la nourrice.

Mais, si je ne puis vous fournir aucun fait témoignant des inconvénients attachés à l'usage de ces petites voitures, je puis, du moins, mettre devant vos yeux ce que trente années de pratique médicale m'ont permis d'observer touchant ce mode de transport; je pourrais même faire remonter ces observations plus loin encore dans le passé, mais je pense que ces trente années vous suffiront.

cordes vocales paraissent plus rouges; mais, au bout de deux heures environ, la congestion est devenue beaucoup moins forte qu'avant la séance, et, au bout de cinq à six jours, elle a quelques fois complétement disparu. Le chlorhydrate d'ammoniaque excite, en outre, la contractilité des muscles tyro-orytéonodiens, et les cordes vocales se rapprochent et permettent à la voix de reprendre son timbre et sa pureté habituelle. Cet effet, qui se produit parfois presque immédiatement après l'inhalation du chlorhydrate d'ammoniaque, et qui persiste souvent plusieurs heures après, est une précieuse ressource pour les chanteurs et les prédicateurs atteints d'angine granuleuse, qui ont besoin de tous leurs moyens locaux pendant un espace de temps limité; au bout de quelques heures, l'action du chlorhydrate d'ammoniaque est épuisée, et les cordes cessent de se rapprocher.

Quoique dans cette forme d'angine granuleuse nous n'ayons pas obtenu de guérison complète par les inhalations, nous les croyons encore préférables aux badigeonnages d'iode, aux cautérisations avec des solutions de nitrate d'argent, d'acide chromique, de perchlorure de fer, de sulfate de cuivre, qui ont été tour à tour vantés par les auteurs; mais elles ne constituent qu'une médication locale qui doit être accompagnée du traitement antiherpétique : eaux sulfureuses, vin de quinquina ou de coca, chlorate de potasse, hydrothérapie. Quand l'angine granuleuse a envahi les fosses nasales, les inhalations sont avantageusement employées et donnent des résultats plus rapides que les injections de liquides médicamenteux employées dans ces cas. Il suffit de faire passer les vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque par les fosses nasales, comme je l'ai indiqué plus haut.

Dans 8 cas de surdité produite par l'inflammation chronique des trompes entretenue par des granulations, trois fois la guérison a été obtenue au bout de quatre à sept semaines en chassant la fumée dans les fosses nasales, et en recommandant aux malades de se boucher les narines pendant quelques instants avant de la laisser sortir (1), tout en faisant des efforts violents d'expulsion. Dans les 5 autres cas, les malades n'ont éprouvé qu'une légère amélioration. Vingt fois les inhalations ont eu un effet complétement nul : treize fois dans des cas de granulations herpétiques,

(1) Dans ces cas, les séances ont été renouvelées six fois par jour et dix minutes chaque fois.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que les petites voitures sont en usage, en province surtout; on en voyait dans toutes les familles alors que j'étais enfant, et si elles étaient moins répandues à Paris qu'aujourd'hui, c'est, d'une part, que l'industrie n'y avait pas apporté la perfection qu'on y trouve maintenant, c'est qu'elles coûtaient cher, c'est, enfin, que la viabilité des rues et des boulevards n'était pas ce qu'elle est de nos jours. Les rues, vous le savez, étaient étroites, mal pavées, encombrées, et il n'y avait pas de trottoirs. En province, au contraire, les routes et les chemins, en été, sont toujours praticables; sitôt qu'un rayon de soleil paraissait, on mettait l'enfant dans la petite voiture, et l'on partait pour faire une longue promenade.

Eh bien, dis-je, il y a quarante et cinquante ans les petites voitures étaient très-usitées en province, et non-seulement elles étaient en usage chez les classes aisées, mais encore chez les classes ouvrières; il était peu d'enfant, riche ou pauvre, qui n'eût sa petite voiture, avec cette différence que les unes avaient le luxe d'avoir quelques ressorts très-doux, et les autres, faites par le charron de l'endroit, étaient tout simplement suspendues sur l'essieu; je vous laisse à penser quels trémoussements les enfants avaient à supporter. Depuis ces trente dernières années ces petits véhicules, perfectionnés, se sont multipliés de plus en plus, et depuis lors, je vous l'assure, l'observation la plus attentive n'a pu me faire découvrir ni inconvénient ni désavantage sérieux attachés à ces promeneuses. J'ai bien vu quelquefois des voitures culbutées, versées, et des petits bras cassés, mais c'est que de jeunes enfants turbulents, âgés de 8 à 10 ans, ayant voulu s'atteler à la voiture en guise de chevaux et s'amuser à faire la diligence, courant comme de petits forcenés, tournant rapidement la voiture et n'ayant égard à aucun obstacle, faisaient verser le pauvre véhicule et son contenu. Mais, encore une fois, la petite voiture est aussi indemne de ces accidents qu'elle l'est du biberon plein de liquide aigri et fermenté qu'on laisse avaler à l'enfant, que de la bouteille d'eau chaude qui, mal bouchée, se répand sur les pieds.

Vous ne vous doutiez pas, n'est-ce pas, cher et bienveillant confrère, lorsque vous avez touché à cette question, que vous n'aviez envisagée tout d'abord que par son côté poétique,

sept fois dans des cas d'angine granuleuse simple. Dans la bronchite chronique, j'ai employé les inhalations cinquante-huit fois; dans 10 cas de bronchite liée à une tuberculisation plus ou moins avancée, je n'ai obtenu que des résultats incertains, deux fois même il est survenu chez les malades des hémoptisies qui m'ont paru dépendre de cette médication, et m'y ont fait renoncer d'une façon complète dans la bronchite tuberculeuse. Les 48 autres cas se décomposent ainsi : 22 bronchites chroniques simples, 26 bronchites chroniques accompagnées d'emphysème pulmonaire. Dans la bronchite chronique simple, l'effet de la médication a été très-prompt : 22 cas de bronchites chroniques, datant de plusieurs mois, ont guéri dans une moyenne de dix-sept à trente-huit jours. Dans les 26 cas de bronchite liée à l'emphysème pulmonaire, le succès a été moins rapide, mais la sécrétion bronchique et la toux ont été amendées d'une façon très-notable, et la guérison temporaire a été obtenue dans une moyenne de six semaines à deux mois. Je ne parle naturellement que de la bronchite, l'emphysème n'ayant subi aucune modification. Dans la bronchite chronique, mes malades ont fumé six fois par jour; la séance a duré chaque fois de cinq à dix minutes. Dans 6 cas d'asthme nerveux sans emphysème pulmonaire ni dilatation du cœur, les malades ont été très-soulagés par les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque, qui ont toujours diminué la durée et la violence des accès. Dans 2 cas, les accès d'asthme ont disparu complétement depuis trois ans par l'usage quotidien de l'appareil; dans 4 cas, ils ont été seulement éloignés. Dans la coqueluche, j'ai eu l'occasion de les employer douze fois : dans 7 cas, les accès de toux ont été très-amendés et la maladie guérie dans un espace de trois à cinq semaines; dans 5 cas, le chlorhydrate d'ammoniaque n'a eu aucune action. Dans un cas d'angine de poitrine, le seul que j'aie observé, les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque ont toujours diminué la longueur et la durée de l'accès, mais n'en ont pas empêché le retour.

Tels sont les résultats thérapeutiques que j'ai obtenus jusqu'ici; ils sont assez importants pour que j'aie cru devoir les livrer à la Société médicale dont j'ai l'honneur de faire partie. Quoique inventé en 1864 par Lœwin, l'inhalateur au chlorhydrate d'ammoniaque est peu répandu en Allemagne; il était tout à fait inconnu en

---

que vous trouveriez des contradicteurs, et que moi, qui ai tant de sympathie pour vous, je me trouverais parmi ceux-là; mais aussi votre esprit est trop impartial pour se refuser à l'évidence et ne pas revenir de ses préventions. Je suis heureux de me rencontrer sur ce point en conformité d'idées avec un confrère aussi distingué que M. Leroy de Méricourt; sans nous être entendus nous avons répondu par les mêmes arguments aux mêmes objections; et je ne doute pas que notre savant confrère, le docteur Caron, l'auteur de la *Puériculture*, ne passe bientôt parmi nous avec armes et bagages, lorsque, n'envisageant la petite voiture que dans le seul rôle qu'elle comporte, il laissera de côté le sentimentalisme, qui n'est plus de la science, avec lequel, sans aucun doute, on peut développer de l'émotion dans un cercle et gagner la cause dans un salon, mais qui ne fera jamais qu'on nie l'utilité d'une chose réellement établie.

Comme moi, n'est-ce pas? vous avez compris que lorsqu'un enfant nouveau-né *a besoin d'être couvé et réchauffé dans les bras de sa mère, qui développe autour de lui une atmosphère douce et tiède pour le préserver en partie des rigueurs de la saison*; vous avez compris, dis-je, qu'un enfant nouveau-né de cette sorte n'est pas mis en voiture et envoyé promener dans les rues et sur les boulevards pendant les rigueurs de la saison. — S'il est des mères inattentives, inexpérimentées, qui exposent ainsi leurs enfants aux intempéries et aux rigueurs des saisons, les petites voitures devront-elles être pour cela condamnées et brûlées? Non, certes; car j'ai vu de jeunes mères, pleines d'amour pour leur enfant nouveau-né, le faire promener cependant en plein hiver dans les bras de la nourrice, posé sur un oreiller recouvert d'une fine batiste, et le ramener à la maison avec un visage congelé ou érésypélateux.

La petite voiture est aujourd'hui entrée dans les mœurs de toutes les classes de la société; elle fait partie du mobilier de la famille; et, dans la chambre de l'ouvrier, là où la famille est nombreuse et l'état pécuniaire plus près de la gêne que de l'aisance, vous la voyez faire à la fois l'office de berceau et de véhicule. Et si, ainsi que vous le dites si bien, vous avez vu quelques petits enfants roulant endormis dans ce frêle équipage, n'en soyez pas attristé, car l'air qu'ils respirent pendant leur sommeil est encore plus pur que celui qu'ils auraient res-

France, quand, en 1867, Charrière et Mathieu en ont fait construire sur les indications de l'auteur.

Vous pouvez vous convaincre par vous-mêmes, Messieurs, combien le mouvement de l'appareil est commode et facile. J'ose espérer que vous voudrez bien, à votre tour, l'expérimenter, à moins que quelques-uns de vous ne l'ait déjà fait, pour contrôler les résultats que j'ai obtenus et qui peuvent se résumer ainsi :

Les inhalations de chlorhydrate d'ammoniaque, à l'état naissant, sont très-utiles dans les différentes formes d'angine granuleuse, surtout dans l'angine granuleuse inflammatoire quand elle a passé à l'état chronique, et en ont en général raison après un temps relativement fort court. Dans l'angine herpétique elles agissent en diminuant l'intensité des phénomènes morbides locaux, mais elles n'ont pas d'action générale, par conséquent ne sont pas curatives dans la force du terme; seulement elles remplacent avantageusement les applications topiques habituellement employées dans ces cas.

Dans la bronchite chronique, elles agissent sur l'élément catharral, en diminuant les sécrétions bronchiques qu'elles tarissent assez promptement ; mais leur action est trop excitante, les premiers jours surtout, pour qu'on puisse les employer sans danger dans la bronchite tuberculeuse.

Enfin elles exercent encore une action incontestable sur les manifestations nerveuses des voies respiratoires, et trouvent leur emploi dans la toux convulsive et les différentes formes d'asthme idiopathique.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

MANUEL DU MICROSCOPE DANS SES APPLICATIONS AU DIAGNOSTIC ET A LA CLINIQUE, par MM. les docteurs Mathias DUVAL et L. LEREBOULLET. Un volume de 350 pages. Paris, 1873. G. Masson, éditeur.

Les études microscopiques sont devenues aujourd'hui l'auxiliaire tellement indispensable d'un diagnostic précis et d'une saine clinique, que tout livre qui sert à la vulgariser doit être accueilli avec faveur par le public médical. A ce point de vue, l'ouvrage que viennent de

---

piré dans la mansarde; mais, par contre, voyez, quand ils sont éveillés, combien ils sont heureux, quel air de béatitude resplendit sur leur petit visage baigné par la lumière. Avez-vous observé combien il en est peu qui pleurent et crient dans cette situation, à moins que la faim ou les besoins ne les tourmentent ? Non-seulement ils sont heureux, mais observez qu'ils jouissent de tout ce que la plus saine hygiène peut leur accorder à si peu de frais dans ces conditions.

Cette lettre est déjà fort longue, mon bien cher confrère, et cependant, si je devais vous dire toute la somme de bien-être que la petite voiture donne à l'enfant et à la mère, quelle fatigue elle épargne à cette dernière, combien enfin ce petit meuble est précieux dans la famille, il me faudrait plus d'espace que vous ne pouvez m'en accorder, et peut-être aussi plus de patience; néanmoins, permettez-moi de compter encore une fois sur votre indulgence et sur celle de vos lecteurs, et laissez-moi enfin vous assurer de nouveau des sentiments affectueux de votre bien dévoué.

Dr Édouard BURDEL,
Médecin de l'hôpital de Vierzon.

Monsieur le rédacteur,

Décidément, je crois que la question des petites voitures pour les jeunes enfants sera vidée d'une façon à laquelle vous ne vous attendiez pas. Néanmoins, il vous restera toujours le bon côté de l'avoir soulevée, car tout ce qui touche à l'enfance doit attirer l'attention de ceux surtout qui ont charge, sinon d'*âmes*, au moins de *santés*.

La petite voiture n'est pas plus responsable des accidents ou des inconvénients qui résultent de son usage pour les enfants, que ne le sont, vis-à-vis des voyageurs qui s'en servent, les voitures de toutes sortes et les wagons de chemins de fer.

La manière de les diriger et les soins incessants qui doivent être apportés dans leur emploi sont, je crois, l'endroit où l'hygiéniste de l'enfance doit *uniquement* et surtout *utilement* mettre le doigt : toute la question est là.

publier MM. Duval et Lereboullet, deux jeunes travailleurs aussi ardents que distingués, est appelé à rendre un véritable service à ceux qui désirent s'initier à la micrographie. Comme le disent les auteurs, ce ne sont ni les traités classiques d'histologie ni les manuels élémentaires qui font défaut, mais ces ouvrages s'adressent plus spécialement à ceux qui s'adonnent exclusivement aux études du laboratoire, aux théoriciens plûtôt qu'aux médecins, aux physiologistes plutôt qu'aux cliniciens. Par leur étendue, par la multiplicité des détails, ils effraient plus qu'ils n'encouragent les commençants. Tout praticien ne saurait être micrographe, et n'a pas besoin de l'être ; mais, comme tout médecin n'a pas un spécialiste à sa disposition, il est bon qu'il soit au courant des données les plus importantes et les plus pratiques que le microscope fournit au diagnostic. Les auteurs du *Manuel du microscope*, loin de se flatter d'être complets, avouent qu'ils ont dû se borner à un résumé anatomique et physiologique des indications les plus indispensables, pour initier le praticien à l'étude d'une région quelconque du corps. Ce résumé, écrit dans un style clair et net, se trouve condensé dans un petit volume d'un format aussi élégant que portatif, et qui permet au praticien de s'en servir comme d'un guide inséparable. Il ne s'agit pas ici d'un ouvrage original, mais d'un abrégé substantiel des œuvres histologiques les plus connues, accompagné de figures empruntées aux auteurs les plus autorisés.

Nous signalerons entre tous, pour la clarté de l'exposition et la précision du manuel opératoire, les chapitres consacrés à l'étude microscopique du sang, du pus, des parasites de la peau et des sédiments urinaires. Nous n'avons qu'un regret, c'est que dans un livre essentiellement pratique et appliqué au diagnostic, on n'ait pas indiqué d'une façon plus nette et plus méthodique les données différentielles que le microscope fournit au diagnostic de telle ou telle affection d'un organe. Ce n'est pas tout que de décrire les tissus et les produits morbides comme des objets de curiosité ; il faut surtout en démontrer les applications pratiques à la nature et au degré de la maladie. Enfin, nous aurions voulu trouver dans le livre de MM. Duval et Lereboullet un chapitre spécial et succinct consacré à l'étude micrographique des *tumeurs*, dont la texture est si variée et le diagnostic si épineux, et dont le microscope seul parvient le plus souvent à élucider la nature. A part ces quelques lacunes, l'ouvrage de MM. Duval et Lereboullet offre un résumé clair et substantiel des principales connaissances histologiques. Il servira avec fruit de premier guide à ceux qui désirent s'initier aux mystères du microscope ; il rendra plus d'un service au praticien, que les exigences d'une vie active empêchent de puiser aux sources classiques, et au médecin militaire, à qui l'instabilité de sa position interdit la possession d'une grosse bibliothèque.

Dr WIDAL.

J'ai le bonheur de posséder un gros bébé rose (ou plutôt une bébée) de 3 ans, qui, depuis l'âge de six ou sept mois, n'a pas eu d'autre moyen de locomotion ni d'autre berceuse que sa voiture. Il ne lui est jamais arrivé le moindre désagrément de ce fait et, à en juger par l'empressement comique qu'elle témoignait à en prendre possession aussitôt qu'elle la voyait apprêter, je dois croire qu'elle s'y trouvait bien, ce qui arrive encore aujourd'hui lorsque nous allons promener au loin ; et certes, avec la petite *jugeote* qu'ont les enfants de son âge, elle n'aurait pas gardé un aussi bon souvenir d'un véhicule qui lui aurait causé quelque souffrance.

Insistez donc sur *les soins et la prévoyance* que doivent apporter les mères, et surtout les bonnes, dans la direction des petites voitures, et vous aurez certainement rendu un plus grand service aux enfants qu'en en conseillant la suppression (des petites voitures, bien entendu).

Ouvrier, je ne puis qu'exprimer à cet égard l'opinion de tous les parents de la classe ouvrière, ne sachant pas au juste, et pour cause, ce qui se passe dans les classes plus élevées où on a le triste *bonheur* de faire nourrir et élever ses petits enfants par des mercenaires.

Je n'apporte qu'un fait isolé, c'est vrai ; mais l'unité est le premier appoint de tout nombre.

Un de vos lecteurs, et des plus assidus je vous l'assure.

É. PERRIN, typographe.

Paris, 29 août 1873.

J'espère qu'on me décernera un prix d'impartialité, car vous voyez que je ne marchande pas la publicité à mes contradicteurs. J'espère aussi qu'après en avoir si largement usé avec eux, ils trouveront bon que je prenne la parole le dernier et que je termine moi-même la discussion.

En attendant, souhaitez-moi bon voyage, chers lecteurs, et laissez-moi vous dire bien affectueusement : Au revoir ! Dans trois semaines, au plus.

Dr SIMPLICE.

DICTIONNAIRE DE CHIMIE PURE ET APPLIQUÉE, comprenant la chimie organique et inorganique, la chimie appliquée à l'industrie, à l'agriculture et aux arts, la chimie analytique, la chimie physique et la minéralogie, par Ad. WURTZ, membre de l'Institut (Académie des sciences, etc.). Librairie Hachette. Quinzième fascicule.

Les livraisons qui doivent terminer cet important ouvrage, dont nous avons rendu compte au mois de mai dernier, sont impatiemment attendues; nous nous empressons d'annoncer le quinzième fascicule, contenant plusieurs articles particulièrement intéressants pour les médecins et les pharmaciens, savoir : *Nutrition*, par M. A. Gautier; *Opium*, par M. E. Caventou; *Or*, par MM. E. Willm et F. de Lalande; *Os*, par A. Gautier; *Acide oxalique* et *Oxalates*, par MM. A. Gautier et P. Schützenberger; *Oxygène* et *Ozone*, par M. G. Salet. Ce fascicule porte la publication de l'ouvrage à la moitié du deuxième et dernier volume. — J. J.

NOUVELLES ÉTUDES SUR LE COALTAR PULVÉRULENT AU CHARBON, par M. MAGNES-LAHENS, pharmacien à Toulouse. Brochure in-8°; 12 pages.

M. Magnes-Lahens s'est fait connaître comme pharmacien ingénieux et comme habile chimiste; ses publications, toujours marquées au coin d'un esprit judicieux, sont toujours fort remarquées. La nouvelle préparation, qu'il propose sous le nom de coaltar pulvérulent au charbon (charbon de bois pulv., 2; coaltar, 1; mêlez), paraît destinée à favoriser et, par suite, à multiplier l'usage du coaltar, de ce désinfectant si économique et, en même temps, si puissant. — J. J.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Une expérience de physiologie dont M. Marey a rendus témoins, dans la salle des Pas-Perdus de l'Institut, le public et les académiciens, doit être consignée ici. Il s'agissait de démontrer l'uniformité de travail du cœur, lorsque cet organe n'est soumis à aucune influence nerveuse extérieure.

Comment s'engendre la pression du sang dans les artères? Poussé par le cœur dans le système artériel, le sang s'y accumule d'autant plus qu'il éprouve plus de résistance à traverser les petits vaisseaux et les capillaires pour passer dans le système veineux. La pression du sang dans les artères a donc deux facteurs : d'une part, le travail du cœur qui pousse le sang dans ces vaisseaux; d'autre part, la résistance qui s'oppose à sa sortie. Ces deux facteurs peuvent agir indépendamment l'un de l'autre. En supposant que rien ne vienne modifier les résistances au cours du sang dans les petits vaisseaux, la pression artérielle s'élèvera si le cœur travaille avec plus d'énergie, s'abaissera si l'impulsion du cœur devient plus faible. On sait, en physiologie expérimentale, réaliser ces conditions : lorsqu'on coupe le nerf pneumogastrique, le cœur accélère ses battements et la pression artérielle s'élève; lorsqu'on galvanise ce même nerf, les battements se ralentissent, s'arrêtent même, et la pression s'abaisse.

En supposant, au contraire, que le cœur ne subisse aucune influence qui modifie directement son action, on pourra faire baisser la pression du sang en facilitant la sortie de ce liquide, en provoquant, par exemple, une hémorrhagie artérielle; inversement, on élèvera la pression en gênant l'écoulement du sang par la compression de l'aorte ou de quelque grosse artère. Dans les conditions physiologiques, des influences analogues se produisent à chaque instant : toutes les actions des nerfs sympathiques ou spinaux sur le système vasculaire, qui ont été révélées par M. Cl. Bernard, agissent sur la pression artérielle en faisant varier la résistance au cours du sang.

En somme, il s'agit de savoir si un cœur vivant, entièrement soustrait aux influences nerveuses qui lui pourraient venir du dehors, accélère ou ralentit ses battements lorsqu'on fait varier la pression artérielle.

M. le professeur Ludwig a montré qu'on peut détacher le cœur d'une grenouille, et, en faisant arriver du sérum à son intérieur, entretenir pendant longtemps les mouvements de cet organe; plusieurs de ses élèves, MM. Bowditch, Coats et Cyon, ont fait agir ainsi des cœurs de grenouilles sur des manomètres qui mesuraient l'énergie de leurs mouvements. Un cœur ainsi détaché de l'animal pouvait seul être à l'abri de tout soupçon d'influence nerveuse extérieure, et devait parfaitement se prêter à la vérification que poursuivait M. Marey. Il enleva le cœur d'une tortue terrestre et lui adapta un appareil circulatoire artificiel, formé de tubes en caoutchouc dans lesquels circulait du sang de veau fraîchement recueilli. D'un réservoir légèrement élevé, ce sang était amené par un siphon dans les veines et les oreillettes; passant des ventricules aux artères, le sang était chassé dans des tubes élastiques, munis d'aju-

tages étroits, qui le versaient de nouveau dans le réservoir. Ces derniers tubes représentaient les artères et les petits vaisseaux; on pouvait leur appliquer différents appareils enregistreurs et étudier tous les phénomènes physiques de cette circulation, tels que la vitesse du sang, sa pression, et les pulsations avec leur force et leur fréquence.

Malgré une température élevée, cette circulation se maintint pendant plus de cinq heures et l'on put répéter un grand nombre de fois l'expérience suivante :

Toutes les fois qu'en rétrécissant l'orifice d'écoulement du sang artériel, ou qu'en élevant cet orifice plus ou moins haut, je faisais monter la pression du sang dans l'artère, je voyais les mouvements du cœur se ralentir. Toutes les fois, au contraire, que par des influences inverses je faisais baisser la pression du sang artériel, je voyais les battements du cœur s'accélérer.

On peut donc affirmer qu'en l'absence de toute communication avec les centres nerveux, le cœur bat d'autant plus vite qu'il dépense moins de travail à chacun de ses battements.

Dans un prochain *Bulletin* nous analyserons des mémoires intéressants de M. Quinquaud sur les variations de l'hémoglobine dans la série zoologique, et de M. Rabuteau sur les variations de l'urée sous l'influence de la caféine, du café et du thé. — M. L.

FORMULAIRE

Poudre stomachique.

Noix vomique pulvérisée.	1 gramme.
Quassia amara pulvérisé.	1 —
Rhubarbe de Chine pulvérisée.	3 —

Mêlez et divisez en 20 paquets.

Un paquet avant chacun des deux principaux repas, pour combattre l'inappétence, dans le cas d'embarras gastrique. On commencera par administrer un purgatif. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 30 Aout 1784.

Tourtelle, médecin à Besançon, assiste à la naissance de deux jumeaux. Le premier était bien conformé, quoique faible. Le second offrait une anomalie des plus extraordinaires : sur le côté gauche de la poitrine existait une masse charnue, palpitante; cette masse était le cœur lui-même, dénué de péricarde, qui sortait par une ouverture pratiquée à la partie inférieure de la poitrine, et qui s'étendait à un pouce et demi au-dessus de l'ombilic. Le sternum, le médiastin et la portion sterno-costale des vraies côtes manquaient..... L'enfant mourut vingt-deux heures après sa naissance. (Voir, pour plus de détails, *Journal de médecine*; in-12; 1784; t. LXII, p. 579.) — A. Ch.

COURRIER

Nous recevons de M. le docteur Chairou, médecin en chef de l'asile du Vésinet, la rectification suivante au sujet de la communication qu'il a faite à l'Académie de médecine, dans la séance de mardi dernier :

« Les victimes n'ont pas été transportées; elles ont toutes, sauf trois exceptions signalées, été soignées dans leurs familles. J'ai même, dans le rapport en question, adressé des remerciements au préfet de Seine-et-Oise et au préfet de police, qui ont, dès le premier jour, mis des sœurs de Bon-Secours et des frères de Saint-Jean-de-Dieu à la disposition de l'Administration de Rueil et du service médical. »

Cette légère rectification ne change rien aux conclusions du travail.

Exposition universelle de Vienne. — Dans le compte rendu des récompenses de l'Exposition universelle de Vienne, nous avons constaté avec plaisir que le seul grand Diplôme d'honneur accordé aux fabricants d'instruments de chirurgie français et étrangers, avait été décerné à une maison française.

C'est M. Collin, l'habile et intelligent directeur de la maison Charrière, qui a obtenu cette récompense.

Il y a quelques jours, la Société internationale de secours aux blessés accordait à M. Collin une médaille de progrès pour ses instruments et appareils de secours, et une médaille de coopération à l'un de ses contre-maîtres.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

LEÇONS FAITES A LA FACULTÉ, AUX COURS COMPLÉMENTAIRES DU SOIR, SUR LES SIGNES DIAGNOSTIQUES ET PRONOSTIQUES TIRÉS DE L'EXAMEN DU CŒUR ET DE L'AORTE THORACIQUE (1).

Ce que deviennent le cœur et l'organisme, au cas de lésion intra-cardiaque chez l'enfant et le vieillard, chez l'adulte homme et l'adulte femme.

Par M. Michel PETER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, etc.

(Leçon recueillie par M. le docteur Henri HUCHARD, ancien interne des hôpitaux.)

Messieurs,

Jusqu'ici, en déterminant par la percussion et l'auscultation les signes des maladies du cœur, en cherchant à interpréter, à localiser les bruits morbides qui se produisent dans la région cardiaque, vous avez simplement fait œuvre d'acousticien. Il vous reste, maintenant, à faire acte de médecin, en précisant le pronostic de la lésion, et vous verrez que la tâche devient alors, et par cela même, difficile et complexe.

Que va devenir ce cœur, en tant que muscle cardiaque? que vont devenir le cœur droit et le cœur gauche, le système pulmonaire et le système de l'aorte? Et encore, tout cela connu, vous n'aurez qu'ébauché votre tâche, car il vous faudra savoir, en plus, quel est l'état de l'organisme.

Commençons d'abord par étudier le pronostic de la lésion. Pouvez-vous, étant donnés les signes de la lésion, en induire la gravité de celle-ci? — Oui et non, et vous allez bientôt comprendre pourquoi ce vague dans la réponse. Supposez une lésion mitrale; de l'intensité du timbre du bruit morbide, vous pouvez en induire la gravité de la lésion, si vous avez assisté à la succession des phases par lesquelles a passé le souffle. Si le bruit est extrêmement intense, gardez-vous, en effet, de toujours croire que la lésion est redoutable; car, le cœur appartient-il à un jeune sujet, le bruit est-il né d'hier, vous avez là deux raisons pour que le souffle soit intense. Allez à l'hôpital des Enfants, auscultez le cœur d'enfants atteints d'affection cardiaque, et vous serez étonnés de la force des bruits de souffle que vous entendrez, non-seulement à la région précordiale, mais au devant du sternum,

(1) Suite. — Voir les numéros des 25 mars, 12, 22 avril, 13 mai, 10, 12 juin et 12 août.

FEUILLETON

LES MÉDECINS DE LOUIS XII, ROI DE FRANCE.

Le 29 août 1498, Antoine de Létang, docteur en droit, fondé de procuration du roi Louis XII, se présentait, à Tours, devant un tribunal ecclésiastique créé par le pape onze jours auparavant, et demandait la dissolution du mariage de son royal client, contracté, en 1476, avec Jeanne de France, fille de Louis XI.

Les motifs allégués par le complaisant avocat étaient :

1. Parenté au quatrième degré entre les conjoints;
2. Affinité spirituelle qui naissait de ce que Louis XII était filleul de Louis XI, père de Jeanne;
3. Violence dont on prétendait que Louis XI avait usé pour forcer à ce mariage Louis XII, alors duc d'Orléans;
4. Défaut de consommation.

Laissant de côté les trois premiers motifs, nous ne parlerons que du quatrième, comme ressortissant plus directement de la profession médicale.

Donc, maître Antoine de Létang déclara en plein tribunal, et heureusement en latin, que Jeanne était « *corpore vitiata et maleficiata, non apta viro; sic que non potuisset et non posset concipere, semen virile secundum congruentiam naturæ recipere;* » bien plus même, que ladite Jeanne, ainsi qu'on pouvait du reste le préjuger par l'aspect seul de son corps, ne

jusqu'à l'épaule gauche et jusque dans le dos. A ne considérer même que l'intensité du bruit morbide, vous pourriez parfois facilement croire à la persistance du trou de Botal. C'est que le cœur a une vigueur toute juvénile, qu'il lance par conséquent le liquide sanguin avec une énergie presque violente à travers les orifices rétrécis ou les valvules insuffisantes. Mais suivez la marche des événements, et vous verrez d'année en année le souffle perdre de son intensité première chez ces mêmes enfants; et vous auriez grand tort d'en toujours inférer alors que la lésion diminue, que la maladie perd de sa gravité, attendu qu'au contraire, c'est le cœur qui devient plus faible, et lance le sang avec moins de vigueur; et, ce qui le prouve, c'est qu'autrefois, alors que le bruit morbide était si intense, l'enfant paraissait bien portant et l'était malgré son souffle, simple accident d'acoustique connu du médecin seul; il prenait une part fougueuse à tous les jeux de son âge, tandis que, maintenant, quoique le souffle soit devenu plus faible, ou plutôt parce qu'il l'est devenu, parce que la masse charnue du cœur s'est altérée, et que sa puissance contractile s'est amoindrie, l'enfant ne joue plus sans dommage et commence à souffrir; les palpitations et l'essoufflement lui font savoir que son cœur est malade; c'est là un point très-important de la pathologie infantile, et sur lequel on n'a pas encore assez attiré votre attention.

De même, si vous avez affaire à un rétrécissement aortique, vous ne devrez pas conclure de la gravité de la lésion par la rudesse du bruit de souffle. Il faut évidemment que vous ayez assisté à l'évolution de tous ces bruits, pour que vous puissiez, en connaissance de cause, attribuer une valeur pronostique à l'intensité des bruits morbides.

Il vous faut faire le pronostic des lésions. Vous savez déjà qu'il n'y a pas de lésions compensatrices, qu'elles sont toutes aggravantes, et qu'en résumé deux lésions sont plus graves qu'une seule (vérité de la nature de celles qui ont immortalisé un célèbre capitaine français, M. de La Palisse. Le fâcheux est qu'on soit parfois obligé de les rappeler). Cependant, quand les deux lésions siégent au même orifice, le malade est moins malheureux que s'il avait une maladie à chacun des orifices du cœur.

Étant donné ce diagnostic, vous devez savoir quel est l'état du muscle cardiaque, de l'artère pulmonaire, de l'aorte et de l'organisme.

Il faut considérer qu'une lésion d'orifice met en œuvre d'une façon exagérée la force contractile du tissu musculaire situé en arrière d'elle. Prenons, par exemple,

---

pouvait « *cognosci à viro intra claustra pudoris;* » et que, par conséquent, le mariage avait eu lieu contre les intentions et les vues de la nature.

Jeanne de France avait pour conseil : Marc Traners, official de Tours; Robert Salomon, provincial des Carmes, et Pierre Bourelli, avocat; par leur bouche, elle répondit ainsi aux accusations portées contre sa chétive et maladive personne : « Sum habilis ad amplexus viriles; « fui carnaliter cognita a rege; je sais que je ne suis ni si belle ni si bien faite que la plupart « des femmes; mais je ne m'en crois pas moins apte au mariage; que l'on ne vienne pas dire « qu'il y a eu violence exercée sur le roi, mon époux; car, licet in muliere carnalis copula « possit esse coacta, la femme ne peut pas avoir la même puissance sur l'homme. D'ailleurs, « le roi est venu me voir à Lignières; il y a passé quelquefois dix ou douze jours; et là, « cum me pernoctabat, solus cum solâ, nudus cum nudâ, debitum conjugale per carnalem « copulam reddendo, visus, oscula, amplexus, ac alia signa appetitiva, manifestando... Ipse « Rex, cum ex lecto conjugali surgeret, pluries dixit, et se jactitavit coram pluribus, quod « necesse habebat bibere et gentari, eò quod uxorem ter aut quater cognoverat carnaliter, « dicendo verbis gallicis : — J'ay bien gaigné à boyre, parce que j'ay chevauché avec ma « femme, de nuict, trois ou quatre fois. »

Remarquons que cela est tiré du procès-verbal de cette action monstrueuse, procès-verbal conservé aux manuscrits de la Bibliothèque nationale (n° 5,974), composé de 434 rôles, et formant un énorme volume in-folio. On y trouve les noms et les dépositions des témoins. Ces derniers sont en grand nombre, se répètent presque tous, déclarent presque unanimement que la reine Jeanne était mal faite, et assurent que la duchesse d'Orléans, la mère du *Père du peuple*, l'avait touchée nue, et qu'elle avait trouvé « *vas naturale arctum cum retractione ex uno latere, et uno osse impediente.* »

une insuffisance mitrale. Vous allez voir cette insuffisance faire effraction dans le ventricule droit, l'artère pulmonaire, puis dans le ventricule gauche. Que se passe-t-il donc dans ce cas? Le sang reflue au moment de la systole dans l'oreillette qui se laisse distendre, d'où distension des veines pulmonaires; le reflux, la stase du sang se propagent dans le réseau de l'hématose et jusqu'aux artérioles. Quand la distension a envahi l'oreillette, les veines pulmonaires, l'artère pulmonaire, deux forces sont mises en jeu : l'élasticité et la contractilité des artérioles pulmonaires. Or, ces deux forces, aux dernières périodes des maladies du cœur, sont amoindries et pourront être plus tard vaincues. Ce qui se perd sans retour, c'est l'élasticité, force physique; ce qui se perd et peut se récupérer, c'est la contractilité, force vitale. Or, c'est ce qui arrive lorsque la défaite des artères pulmonaires n'est que temporaire.

Mais, commment reconnaîtrez-vous que l'élasticité et la contractilité des artères pulmonaires sont vaincues? D'abord, par l'existence de troubles fonctionnels, par la dyspnée, les palpitations, et plus tard par des phénomènes matériels que vous pourrez percevoir.

Il vous arrivera souvent, Messieurs, d'être consultés par des malades qui accuseront seulement de la dyspnée et des palpitations. Or, comment se produit la dyspnée? Vous savez que la paroi des vésicules pulmonaires renferme un réseau très-riche de capillaires extrêmement fins. Si ce réseau se dilate, la vésicule contient plus de sang qu'elle n'en doit contenir, sa capacité est donc diminuée; il y a par conséquent *plus de sang* et *moins d'air;* donc le poumon tout entier reçoit moins d'air et plus de sang. C'est là, Messieurs, l'origine, la cause de la dyspnée et d'un phénomène connexe : l'anémie; car si l'air est en moindre quantité, le sang s'oxyde moins bien (*anémie par anoxémie*).

Mais ce n'est pas tout : par suite de la distension exagérée des artères pulmonaires, il se produit une réaction sur le système du cœur droit, c'est-à-dire que la pression excessive des artères pulmonaires retentit sur le ventricule droit, sur la paroi ventriculaire, et alors se produit un phénomène tout dynamique, le spasme, la palpitation. Vous voyez, en un mot, que tous ces symptômes répondent à la loi que j'ai formulée il y a quelque temps déjà : *Tout obstacle qui existe dans un organe canaliculé engendre le spasme.* Ici l'obstacle de la respiration et de la circulation donne lieu à la dyspnée et au spasme du cœur, c'est-à-dire la palpitation.

Plus tard, vous constaterez des phénomènes matériels, de la congestion, de

---

Il y avait là, évidemment, un bassin et un arc pubien déformés par le rachitisme.

Deux médecins figurent parmi ces témoins; ils sont directement attachés à Louis XII, et prennent, en conséquence, fait et cause pour leur roi et maître. A cette époque, la science eût cru déroger en employant la langue de tout le monde, la langue « vile et barbare »; le latin était toujours dans la bouche des porteurs de robes longues et de bonnets carrés. C'est donc en latin que Jean Burgensis et Salomon de Bombelles parlèrent devant le tribunal de Tours. Les lecteurs de l'UNION MÉDICALE doivent les en remercier, car autrement il eût été impossible d'imprimer leurs dépositions.

1. Vénérable et sage homme, maître Jean Burgensis, natif de Paris, docteur en médecine, âgé de cinquante-cinq ans environ, témoin du côté de notre seigneur roi, contre ladite Jeanne.

Interrogé, il dit :

« Que ladite Jeanne était bossue (*gibbosa*), ainsi qu'il était facile de le constater à la simple vue.

« Quod circà membra naturalia, non vidit eam nudam; sed audivit dici ab ipso rege moderno, tunc Duce Aurelianensi, quod multùm laborabat ad cognoscendam eam, et quod non spergebat in agro naturæ, sed, post laborem et magnam agitationem, spergebat semen inter copas, ut ipse rex credebat. . . . . *Signé :* BURGENSIS. »

2. Noble homme, monseigneur Salomon de Bombelles, chevalier, docteur ès arts et en médecine, médecin du roi régnant, âgé de 47 ans environ, également témoin de la partie du roi.

« Je connais, dit-il, le roi Louis depuis sa plus tendre enfance; mon père était le médecin du duc et de la duchesse d'Orléans, et moi-même, une fois sorti des écoles, je fus mis auprès du jeune prince. J'ai connu madame Jeanne dès l'époque de son mariage. De plusieurs per-

l'œdème dans le tiers inférieur des deux bases pulmonaires, qui se traduiront par des râles sous-crépitants, des râles crépitants secs, quelquefois très-fins, par une diminution du murmure vésiculaire. Ces congestions, ces œdèmes se produisent surtout à la base des poumons, pour deux raisons : par la stase mécanique, liée à l'obstacle, et par l'action de la pesanteur. Quand un individu se plaindra d'être oppressé, d'avoir une toux sèche, d'être tourmenté par des palpitations, qu'il s'anémiera, qu'il aura perdu ses forces, cherchez bien, et si aux deux bases vous trouvez d'une façon parallèle les mêmes bruits morbides, vous devez examiner le cœur. Or, de deux choses l'une : ou vous percevrez un bruit de souffle de nature organique, et alors le doute ne sera pas permis; ou vous n'entendrez rien du tout, et, dans ce cas encore, s'il vous est démontré par l'examen que le malade n'est pas albuminurique, il n'y a guère lieu d'hésiter; il y a lésion du cœur. Maintenant, cette lésion, quelle est-elle? Elle peut être un rétrécissement mitral (lésion que nous savons pouvoir exister sans produire de bruit morbide), et alors le pouls est dur et petit, malgré la vigueur de la contraction du cœur et l'hypertrophie du ventricule; ou une dégénérescence graisseuse du cœur, et alors le pouls est faible, mou, la contraction ventriculaire peu énergique, la paroi thoracique mollement soulevée, le bruit systolique peu sonore. D'ailleurs l'individu est vieux, il est goutteux; sa cornée présente un large cercle sénile, et le tracé sphygmographique un plateau athéromateux.

Dans ce dernier cas vous comprendrez votre impuissance contre ces râles qui existent aux deux bases pulmonaires et qui résistent à tous les moyens employés. Évertuez-vous, dès lors, à relever, à fortifier ce cœur; souvent vous pourrez quelque chose par l'emploi des toniques et des excitants directs de la fibre cardiaque, et en particulier le bon vin, les liqueurs de choix, les *cordiaux*, comme on disait autrefois; et l'on n'était point tant bête. De temps à autre, vous verrez la dyspnée diminuer, tous les phénomènes d'adynamie cardiaque s'atténuer; c'est que votre malade aura pu par le repos recouvrer un peu la contractilité des artères pulmonaires.

Maintenant, Messieurs, j'arrive à vous parler de l'effraction du ventricule droit. — Vous savez qu'on a noté une hypertrophie avec dilatation des artères pulmonaires par suite de la stase sanguine qui se produit dans ces vaisseaux, et qui finit par retentir jusque dans le ventricule droit. Celui-ci se dilate à son tour, s'hypertrophie; puis, lorsqu'il a lutté pendant longtemps contre les obstacles, il se fatigue, et il

---

sonnes notables de la cour de notre roi, j'ai appris que ce n'avait été que par des menaces, et poussés par la crainte, que le duc et la duchesse d'Orléans avaient consenti au mariage de leur fils avec la princesse Jeanne. Un jour, notre roi étant à la Tour de Bourges, Ma Dame Jeanne vint le voir et resta plusieurs jours avec lui. C'est alors que des archers, s'apercevant que le roi maigrissait d'une manière insolite, en firent la remarque, à lui, Salomon de Bombelles, insinuant que le roi « nimio utebatur cohitu cum dicta domina Joanna..... » Le lendemain, causant familièrement, et en particulier avec le roi, je lui répétai les paroles des archers. Ce à quoi mon dit seigneur répondit :

« — Je foys le grand diable oncques à ma vie, je ne la chevauché naturellement comme une autre femme! Quando volo cum ea cohire, invenio quandam tortuositatem in orificio vulvæ, adeòquod mea virga non potest ingredi, sed, caleficiendo me, emitto semen intra seu supra crura ipsius dominæ Joannæ,..... *Signé* : S. Bombellis. »

On sait que le mariage de Louis XII avec Jeanne de France fut en effet dissous; que cette princesse, vertueuse, bienfaisante, sans ambition, se retira à Bourges, qu'elle y fonda l'ordre de l'*Annonciade*, qu'elle mourut en odeur de sainteté, le 4 janvier 1505, et que le Père du peuple put épouser Anne de Bretagne, qu'il n'avait jamais cessé d'aimer, et qui, veuve alors de Charles VIII, put combler de félicités son ancien adorateur.

Rappellerons-nous encore que, sans égard pour ses 53 ans, le Père du peuple convola en troisièmes noces; qu'il épousa la jeune Marie d'Angleterre; que, mis à plat au bout de deux mois et demi, il succomba à la peine, et que la belle Marie, après trois mois de veuvage, prit pour époux le duc de Suffolk?

Jean Burgensis et Salomon de Bombelles ne furent pas les seuls médecins attachés à la per-

arrive un moment où la valvule triglochine devient elle-même insuffisante. Avant la production de cette insuffisance, il y avait eu stase dans l'oreillette droite, puis dans les veines caves supérieure et inférieure. Ainsi, lorsque les valvules auriculo-ventriculaires gauche sont forcées, il y a retentissement de l'affection dans le cœur. Mais ce n'est pas encore tout, et vous allez voir se produire le cycle complet des maladies du cœur. Les veines du système de la grande circulation déversent difficilement leur contenu dans l'oreillette et le ventricule droit encombrés, exercent une action rétroactive sur les capillaires aortiques. Il se produit sur ces petits vaisseaux une altération semblable à celle que nous avons notée tout à l'heure sur les artères pulmonaires; cette altération retentit à son tour sur le ventricule gauche, qui se dilate. Par conséquent, le système de l'aorte résistera d'autant mieux qu'il est plus valide, qu'il est plus sain, et il résistera moins dans la vieillesse, la goutte, l'alcoolisme, qui prédisposent si puissamment à l'athérome artériel. Aussi vous comprenez bien maintenant pourquoi les enfants, dont le système aortique est absolument intact, résistent pendant plus longtemps que les vieillards à des lésions autrement graves.

Tout à l'heure, Messieurs, je vous disais que par le fait de la gêne de la circulation de l'hématose, il y avait *anhématosie*, et que, par conséquent, c'était une des premières causes de l'anémie dans les maladies du cœur; l'anémie survient aussi par *anhématie*, c'est-à-dire que les globules se font moins bien, en moindre quantité, dans les organes hématopoiétiques chargés de les élaborer. Aussi voyez-vous, chez les individus atteints de maladie cardiaque, ce mélange intime de la cyanose et de l'anémie qui sont peintes sur leur visage, et qui font facilement reconnaître à un œil un peu exercé l'affection dont ils souffrent. Ils ont, en effet, une figure à la fois pâle et violacée; le nez, les joues, les oreilles, les extrémités des mains et des pieds sont violacés et presque froids; le front, le tour des yeux et du nez sont pâles. Dans les parties déclives, dans celles qui sont le plus éloignées du centre circulatoire, c'est la stase sanguine qui prédomine; dans d'autres, c'est l'anémie qui apparaît avec sa pâleur caractéristique.

Alors l'organisme entier va être entravé dans son fonctionnement, l'appétit se perd, et cela parce que la stase sanguine s'est propagée jusque dans la veine porte, dans les glandes du système digestif qui, dès lors, fonctionnent mal, et dont les produits, la salive, la bile, les sucs gastrique, pancréatique et intestinal, deviennent insuffisants pour le travail de la digestion. Aussi les aliments sont-ils mal et

---

sonne de Louis XII. Champier, dans son curieux livre sur les médecins de son temps; Claude de Seyssel, Jean d'Auton; un registre de compte de Michel Leclerc, receveur de l'écurie du roi (*Arch. gén.*, k. k. 86, fol. 24); un autre registre de Jacques de Moulins, maître de la Chambre aux deniers (*Arch. gén.*, k. k. 87, fol. 23, v°; 24, 25, 26, 27, 28, 29); un troisième registre, celui de Morelet de Museau, argentier du roi (*Arch. gén.*, k. k. 89), mettent en lumière d'autres rejetons d'Esculape, qui eurent à la cour de Louis XII une place importante.

Prenons pour type l'année octobre 1498-septembre 1499, c'est-à-dire l'année même de l'avénement de Louis XII au trône, nous trouvons auprès de lui : un premier médecin, à 800 l. par an; cinq médecins ordinaires, à 500 l.; cinq chirurgiens, à 180 l.; deux barbiers, à 300 l.; un apothicaire, à 800 l., et un astrologien, à 120 l. Leurs noms, les voici :

Médecins : Salomon de Bombelles (Ier), Jean Burgensis, Gabriel Miron (IIe du nom), Théodore de Pavie, Jean Thomas, Jean Garcin.

Chirurgiens : Jacques de Lassy, Jean d'Orléans, Jean Laisné, dit de Sens; Regnaut de Coymont, Jean Brisset, dit de Paris.

Barbiers : Oudin Mondoulcet, Guillaume de Guérard.

Apothicaire : Raoulin Voiturier.

Astrologien : Antoine du Hamelet.

Puis, arpentons les dix-sept années de ce règne, et assistons aux obsèques du Père du peuple, en 1515. Nous voyons, dans le cortége, non-seulement le même Salomon de Bombelles, honoré toujours de la première charge, mais encore cinq autres médecins secondaires, savoir :

Louis Burgensis, fils de Jean; Guillaume Cop, Pierre Trémolet, Albert Du Puy, Jean Avis ou Loysel, André Briau.

incomplétement digérés; il s'ensuit de l'anorexie, de la dyspepsie, de l'apepsie, et le dépérissement augmente chaque jour par suite de ces congestions viscérales.

Le premier organe qui se trouve atteint de cette stase sanguine est le foie, puisque la veine cave inférieure se déverse mal dans l'oreillette droite. Il est frappé de congestion; sous cette influence, il augmente de volume, et avec lui les organes abdominaux, la rate et les reins, de sorte que le malade fait du mauvais sang, puisque le foie et la rate sont altérés dans leurs fonctions. L'épuration rénale et hépatique s'accomplissant mal, il n'y a plus seulement anémie par anoxémie et par anhématie, mais *cacémie* par épuration incomplète.

Enfin, le système nerveux lui-même reçoit du mauvais sang, et alors vous voyez, à la période ultime, des phénomènes nerveux se dérouler devant vous. Puis le cœur est mal nourri par un sang altéré, de sorte qu'à l'obstacle valvulaire qui, au début, constituait à peu près toute la maladie, s'ajoute l'altération du tissu musculaire du cœur. Au début, ou dans une période encore peu avancée de l'affection, le cœur pouvait être épuisé dans sa force dynamique, mais il pouvait encore momentanément la recouvrer sous l'action des toniques, des excitants du cœur; maintenant c'est sa force contractile qui est atteinte, ce sont les fibres musculaires qui, mal nourries, encombrées par une trop grande quantité de sang vicié, ont subi la dégénérescence graisseuse, et le cœur finit par tomber dans un état d'adynamie à peu près permanent, d'où vous ne pourrez plus le relever désormais que très-momentanément.

Ainsi donc, la lésion commence au cœur et finit au cœur, et vous venez de parcourir avec moi un véritable *cercle vicieux morbide*.

Mais le cœur n'a pas seulement perdu sa puissance contractile, il est aussi mal innervé, parce que le système nerveux est mal nourri. Alors vous observerez de fréquentes intermittences du pouls et du cœur, qui sont toujours un signe néfaste.

Mais c'est surtout à la période ultime des maladies du cœur que vous observez des troubles du côté du système nerveux. Du reste, c'est le cerveau qui doit être le dernier organe atteint de congestion dans ces affections, puisque la circulation artérielle se fait dans la tête en raison inverse de la pesanteur, et que, au contraire, la circulation veineuse se fait suivant la pesanteur. Vous comprenez alors pourquoi l'apparition des troubles nerveux a une signification extrêmement grave; aussi, dès lors que vous verrez survenir, chez ces malades, de la somnolence, le plus souvent de l'insomnie, mais une insomnie persistante, invincible, mettez-vous sur vos

---

Chacun d'eux eut, pour se vêtir convenablement dans cette journée de deuil public, cinq aulnes de drap noir, à 4 l. tournois l'aulne; l'apothicaire n'en eut que quatre aulnes trois quarts. Il fallait bien, même en cette circonstance, faire une différence entre un médecin et un simple pharmacien.

Nous avons déjà fait connaître, ici même, Gabriel Miron, Louis Burgensis, Guillaume Cop et André Briau (UNION MÉD., année 1863, nos 87, 88; année 1865, nos 13, 14). Il nous reste à dire quelques mots de leurs autres confrères à la cour du Père du peuple.

PREMIER MÉDECIN. — SALOMON DE BOMBELLES.

Ne cherchez pas, chers lecteurs, le nom de Salomon de Bombelles dans les biographies: vous ne l'y trouveriez point. Sa déposition, dans le procès de la malheureuse Jeanne, nous l'a déjà fait un peu connaître. Mais, pour lui enlever complétement le voile qui le recouvrait, il a fallu interroger les archives de la Côte-d'Or, qui possèdent des pièces fort curieuses relatives à la famille des *Bombelles*, pièces que nous avons là en copie sous les yeux, et de l'analyse desquelles résultent les faits suivants:

Salomon de Bombelles, « noble homme, docteur ès arts et en médecine, *et miles armatæ militiæ*, » était fils de Pierre de Bombelles, dit de Sèves, et de Marie Dusollier. Il naquit vers 1451. Son père était médecin de Charles, duc d'Orléans, et de Marie de Clèves, aïeule du Père du peuple, et lui-même n'eût pas plutôt quitté les bancs des écoles, qu'il fut attaché en cette même qualité, avec un autre docteur en médecine, nommé *Thoulouse*, à la personne du jeune prince, moins âgé que lui de onze ans. De Bombelles partagea la captivité de Louis XII dans les deux prisons de Bourges et de Mehun, et l'accompagna dans son expédition de Naples. Nous ne savons l'époque de sa mort, mais il survécut au prince qu'il avait si bien servi. Il

gardes, pensez que le péril est grand, et affirmez la gravité de votre pronostic, surtout lorsqu'à ces symptômes viendra s'ajouter le délire, qui devient, dans ce cas, la manifestation morbide de la congestion par stase sanguine de la cellule pensante.

Messieurs, tout à l'heure, je vous ai parlé de l'influence de l'âge sur les maladies du cœur, et je vous ai dit que, chez les enfants, elles sont moins graves que chez les personnes avancées en âge. Quelle est donc l'influence du sexe? Les cardiopathies sont moins graves aussi chez les femmes que chez les hommes, parce qu'elles ont une existence moins tumultueuse, des habitudes sociales plus tranquilles. Mais s'il survient une grossesse, malheur à elles! Cette femme, qui a un cœur à peine suffisant pour lutter contre un obstacle, se trouvera en déficit lorsqu'il lui faudra satisfaire aux besoins d'une double existence. Vous savez, en effet, que, pendant la grossesse, la femme oxyde du sang pour deux; qu'elle est atteinte d'une véritable pléthore physiologique des deux poumons; aussi, observez-vous, chez la femme grosse bien portante et celle qui ne présente aucun trouble circulatoire, de la dyspnée, des palpitations, des hémoptysies, même que vous êtes quelquefois obligés de combattre par des saignées. A plus forte raison, ces accidents auront-ils leur raison d'être, et pourront-ils devenir formidables chez une femme enceinte atteinte d'affection du cœur. Ces accidents, que j'ai appelés *gravido-cardiaques*, et qui surviennent surtout vers le cinquième mois de la grossesse, sont constitués par des congestions pulmonaires intenses qui, par leur rapide extension, peuvent menacer la vie des malades. La grossesse, chez la femme cardiopathique, est une circonstance tellement aggravante qu'elle peut faire parler pour la première fois une maladie du cœur jusqu'alors symptomatiquement silencieuse. La connaissance de tels faits est grandement importante, puisqu'elle vous permettra de signaler le danger du mariage, et surtout de la grossesse, à une femme atteinte d'affection cardiaque; puisque, si vos conseils ne sont point écoutés (comme il est habituel), vous savez que vous devez vous tenir sur vos gardes et que vous aurez probablement à lutter, à une certaine période de la gestation, contre des accidents brusquement redoutables.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

est certain que cette famille de Bombelles se maintint longtemps à la cour de France, puisque, en 1560, un Marc, ou plutôt Macé de Bombelles, reçoit du roi une pension de 400 liv. tournois, et qu'en 1690 on trouve un François de Bombelles major de la place de Hunninghem, etc. Salomon de Bombelles avait été fait seigneur de Lavau, châtellenie enclavée dans la paroisse de Cour-Cheverny, à quelques lieues de Blois, et qui, achetée en 1431 par Jean Fougères, dit Levalloys, devint la propriété héréditaire des descendants de notre médecin, c'est-à-dire de Octavien, Macé et Claude de Bombelles, notaire et secrétaire du roi en 1523 (1).

MÉDECINS ORDINAIRES.

I. JEAN BURGENSIS. — Ce personnage est la souche d'une nombreuse famille qui, de même que celle des Miron, a occupé de hautes fonctions à la cour, et qui ne compte pas moins de six médecins :

Jean Burgensis, celui dont nous parlons à cette heure;
Louis Burgensis, premier médecin de François Ier et de Henri II;
Simon Burgensis, médecin de Charles IX, mort en 1566;
Jean Burgensis, docteur en 1620, échevin de Paris, mort le 7 mai 1622;
Jean Burgensis, docteur en 1651, médecin de l'Hôtel-Dieu, mort en 1684;
Jacques Burgensis, docteur en 1664, mort le 20 avril 1714.

Notre *Jean Burgensis, premier du nom*, médecin de Louis XII, était de la Faculté de Paris, où il prit le bonnet doctoral le 21 octobre 1472. Il mourut en 1499, laissant une traduction du livre : *De Naturâ*, qui fut imprimé en 1548, in-8°. Tels étaient l'affection et le respect dont

(1) Voir les actes de foi et hommage que rendirent au roi Claude et Marie de Bombelles, Arch. nat., P. 12, n° 3943, et l'inventaire, P. 2, fol. 307, r°, n° 6164.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séances du 28 mai et du 4 juin 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Sommaire. — Résection du coccyx comme moyen de faciliter la découverte de l'extrémité inférieure du rectum dans les cas d'imperforation de l'anus. — Anévrysme diffus intra-orbitaire ; imperforation de l'anus avec abouchement du rectum dans l'urèthre. — Trachéocèle. — Hétéroplastie. — Fracture articulaire de l'extrémité interne de la clavicule simulant une luxation. — Kyste de l'ovaire traité et guéri par la canule à demeure.

M. Verneuil a lu un travail sur la résection du coccyx comme moyen de faciliter la découverte de l'extrémité inférieure du rectum dans les cas d'imperforation de l'anus.

Depuis longtemps il avait remarqué que la résection du coccyx agrandit considérablement le champ opératoire pour la recherche de l'extrémité inférieure du rectum imperforé.

Il y a plus de dix ans, on lui apporta un enfant dont l'anus était normalement configuré ; mais une cloison se trouvait à un centimètre au delà. La recherche de l'extrémité inférieure du rectum ne donna aucun résultat ; M. Verneuil dut pratiquer l'opération de Littré.

A l'autopsie de l'enfant, il reconnut que l'ampoule rectale n'était qu'à 1 centimètre au-dessus de la cloison et que la résection du coccyx eût permis d'y arriver facilement.

En 1857, puis en 1862, M. Verneuil proposa l'excision du coccyx ; il rejetait la ponction, qui peut à peine servir pour le diagnostic.

En 1869, M. Verneuil fit l'entérotomie périnéale sur un enfant âgé de quatre jours ; l'anus était bien conformé, mais imperforé. Un médecin avait déjà pratiqué sans succès une ponction avec le bistouri. M. Verneuil incisa couche par couche, ponctionna l'ampoule rectale, qui fut fixée à la peau par des points de suture : l'enfant guérit sans incontinence des matières fécales.

M. Verneuil a eu l'occasion de pratiquer cinq fois la résection du coccyx.

En 1864, on lui apporta un enfant âgé de dix jours ; la région périnéale n'était pas distendue, même pendant les cris. Incision médiane depuis la racine des bourses jusqu'au coccyx ; dissection jusqu'à 15 millimètres de profondeur. Vers le coccyx, on voit une saillie brunâtre ; résection de 6 millimètres de cet os : la tumeur devient plus apparente et on l'incise ; issue d'une grande quantité de méconium. Pour retrouver l'intestin vidé, il fallut retrancher encore 5 millimètres du coccyx. L'intestin fut alors abaissé et rapproché de la peau, de manière à éviter une infiltration de matières fécales. Guérison en trois semaines. Un rétrécissement se produisit dans l'espace compris entre la peau et le bord inférieur de l'intestin ; la dilatation avec le doigt en eut raison. Le malade guérit sans incontinence.

En 1866, on présenta à M. Verneuil un enfant âgé de 4 jours. Ventre ballonné ; état général

---

il était honoré à la cour de Louis XII, que ce prince voulut être le parrain de son fils, et lui donner son nom. Ce fils fut Louis Burgensis, que nous avons fait connaître (1).

II. Théodore de Pavie. — Son véritable nom était Théodore Guaymier ou Guaymery, « chevalier, conseiller et médecin du roi » Charles VIII. C'est, en effet, sous ce dernier prince qu'il commença sa fortune, amené sans doute au retour de l'expédition de Naples ; un compte de l'argenterie d'Anne de Bretagne porte ceci :

A Robert Joston, pannetier de ladite dame, la somme de 24 l. t., pour un voyage par luy fait, partant dudit Poissy pour aller à Bloys, par le commandement de ladite dame, tenir et lever sur fons, en son nom, l'enfant de la femme de maître Théodore, médecin du roy. En quoy faisant il a vacqué... par l'espace de douze journées entières (2).

Douze jours pour aller à Blois et en revenir !...

III. Jean Thomas. — Il était naturel que Louis XII, en montant sur le trône, conservât Jean Thomas auprès de lui et le fît profiter de l'élévation inattendue à laquelle il était parvenu ; car ce médecin avait élevé son royal élève dès l'âge le plus tendre. On constate, en effet, que dès l'année 1471, Louis, n'étant âgé que de douze ans, fut confié par sa mère, Marie de Clèves, à Jean Thomas, assisté du barbier Jean de Mondoulcet (3).

Détail intéressant à noter : Dans un registre de comptes, année 1498, on relève le nom de Jean Thomas, avec ces qualifications : « Médecin aux ars et mectrase (maîtrise) en médecine, et maistre d'escolles » de Louis XII.

(1) Union Médicale, 1863, n° 88.

(2) Arch. gén. K. K. 72, fol. 61.

(3) Arch. gén., K. K. 72, n°s 11 et 11 *bis*.

mauvais; périnée bien conformé; infundibulum anal ayant la profondeur de 13 millimètres. Incision de la pointe du coccyx à l'anus; arrivé à 2 centimètres de profondeur, le chirurgien ne rencontre pas le rectum. Résection de 1 centimètre du coccyx; alors se présente une saillie livide; la dissection est continuée. Avant d'ouvrir l'ampoule, on la fixe par quatre fils, deux de chaque côté. L'incision donne issue au méconium. On serre les sutures, mais l'intestin reste distant de la peau de 7 ou 8 millimètres. L'enfant meurt quarante-huit heures après l'opération.

En 1868, M. Verneuil opéra une petite fille née depuis quelques heures seulement. Au niveau de l'anus raphé convexe, la sonde introduite dans le vagin ne donne aucune indication. Incision allant du coccyx à la commissure de la vulve. Dissection vers le coccyx, en se guidant avec la sonde restée dans le vagin. La résection du coccyx permet d'arriver facilement sur l'ampoule rectale. Mort neuf jours après l'opération.

En 1872, un enfant du sexe masculin né avant terme est opéré quarante-huit heures après sa naissance. Résection de 8 millimètres de coccyx; la tumeur stercorale apparaît, on la fixe avec des fils d'attente avant de l'ouvrir; huit points de suture métallique. L'enfant perd beaucoup de sang; l'hémorrhagie se reproduit les jours suivants. Au huitième jour, épididymite aiguë; au vingt et unième jour hydrocèle et, plus tard, érysipèle partant du scrotum et gagnant le périnée. Mort au trente-cinquième jour par péritonite.

Le 29 novembre 1872, on apporte à M. Verneuil un garçon né depuis deux jours, ayant un ballonnement du ventre et des vomissements. Le périnée paraissait fluctuant; il existe un petit tubercule rougeâtre au niveau de l'anus; saillie au périnée pendant l'effort. Incision profonde de 2 centimètres; rien. Résection du coccyx qui permet de continuer la dissection. M. Verneuil rencontre un cordon qu'il ponctionne; issue de quelques bulles de gaz. Le cordon peu mobile qui représente le rectum se continue en bas; il est fixé à la peau par une suture. A la fin du premier mois, l'enfant eut une pneumonie. On fit régulièrement la dilatation de l'anus; l'enfant guérit sans incontinence. De temps en temps l'urine s'écoulait en partie par l'anus; il y avait une fistule uréthro-rectale, mais le plus souvent la miction s'opérait par le méat urinaire.

En résumé, M. Verneuil a opéré cinq garçons et une fille; il n'existait aucun autre vice de conformation. Quatre fois l'anus était bien conformé. Rien n'a indiqué, à l'avance, la profondeur de l'ampoule rectale; il fallut aller sans guide à la recherche de l'intestin. M. Verneuil considère la ponction de l'ampoule comme dangereuse, et ne pouvant être qu'un moyen de diagnostic. Dans les six cas, il n'a pas été obligé de recourir à l'opération de Littré; en faisant la dissection sur la ligne médiane, on ne lèse pas d'organes importants. Dans les cinq dernières observations, le succès opératoire est attribué par M. Verneuil à la résection du coccyx.

La résection du coccyx, même lorsqu'elle n'est pas indispensable, facilite beaucoup l'opération et abrége les temps. Après cette résection, M. Verneuil a toujours rencontré l'intestin

---

IV. Jacques Garcin. — Son nom se rattache à un fait très-important pour l'école de Montpellier, dont Garcin était chancelier. Nous voulons parler de la création, en 1498, de quatre professeurs. Les lettres-patentes données à cet effet, le 29 août, désignent pour remplir ces fonctions Jean Garcin, Honoré Piquet, Robert Pierre et Gilbert Griffi. Anobli au mois de septembre 1496 (1), Garcin mourut en 1502, après avoir été médecin de Charles VIII et de Louis XII.

V. Pierre Trémolet. — De la Faculté de Montpellier, anobli en février 1526, avec le titres de seigneur et baron de Montpézat, mourut vers l'année 1531, sous François Ier par conséquent, qui se l'attacha, et qui l'emmena même à la fameuse entrevue dite *Camp du Drap d'or* (1510), entrevue qui dura dix-sept jours, et dont la magnificence fut telle, que « plusieurs y portèrent leurs moulins, leurs forêts et leurs prés sur leurs épaules. »

VI. Albert du Puy. — Également de la Faculté de Montpellier, mort le 18 décembre 1529, à Chailles, près de Blois, où il s'était retiré avec sa femme, Françoise Carré, dans l'espoir de rétablir sa santé chancelante (2).

VII. Jean Avis, ou Loysel. — Celui-là appartenait à la Faculté de Paris, où il fut doyen dans les années 1504 et 1505. Son décanat est célèbre par la déclaration au nom de laquelle les chirurgiens jurés de Paris s'avouèrent être écoliers de nos Écoles. Avis, qui mourut en 1521, était, paraît-il, d'une humeur joyeuse et amant de la dive bouteille. C'est du moins ce qu'on est porté à croire par le portrait qu'on fit de lui sur une tapisserie, entre deux personnages, avec ces vers à la bouche :

(1) Arch. gén., J. J. 227, charte 381, fol. 195, v°.
(2) Arch. gén., K. K. 99, fol. 61, r°.

après quelques minutes de recherches. Elle facilite également la suture de l'intestin à la peau, et présente ainsi l'infiltration des matières et les rétrécissements consécutifs. Si le cul-de-sac du rectum est très-élevé et peu mobile, on doit craindre d'en déchirer, par les tractions, les parois si fragiles; après la résection du coccyx, l'abaissement du rectum est moins nécessaire, car on peut le porter plus en arrière pour le fixer à la peau. C'est ce que M. Verneuil a fait dans trois cas; l'anus ainsi reporté en arrière fonctionne très-bien plus tard. Les opérations de M. Verneuil ont été faites deux fois sur des enfants chétifs et nés avant terme, et deux fois sur des enfants presque *in extremis*. En voici le résultat : Une guérison datant de neuf ans, une guérison datant de six mois, deux succès opératoires confirmés au bout d'un mois, un enfant mort au neuvième jour; enfin, un enfant mort au deuxième jour; en tout, quatre morts, par sclérème, érysipèle, épuisement, et le quatrième sans cause connue.

Ces résultats, dit M. Verneuil, sont encourageants. L'anus reporté en arrière ne donne pas d'incontinence des matières fécales; il y aurait plutôt tendance à la coarctation, que l'on arrive à vaincre par l'introduction journalière du petit doigt.

En résumé, l'entérotomie périnéale est la méthode d'élection, et la résection du coccyx atténue les difficultés de l'opération et en abrége la durée. Cependant la résection du coccyx n'est pas toujours nécessaire.

La communication de M. Verneuil a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. Trélat, Guyon, Tillaux, Marjolin, Blot, Forget et Verneuil. Il semble résulter de cette discussion que, en dehors des cas rares où l'ampoule rectale est facilement accessible et peut être atteinte par la ponction, et de ceux où l'intestin est trop haut placé pour pouvoir être rencontré, même après la résection du coccyx, l'opération de M. Verneuil constitue un véritable progrès qui permettra, dans certains cas d'imperforation de l'anus, d'éviter l'opération de Littré.

— M. Désormeaux fait un rapport sur deux observations adressées par M. le docteur Julliard (de Genève), l'une d'*anévrysme diffus primitif intra-orbitaire* par rupture de l'artère ophthalmique athéromateuse guéri par inflammation du sac et gangrène du globe oculaire; l'autre relative à un cas d'imperforation de l'anus avec abouchement du rectum dans l'urèthre. M. Julliard fit l'opération par l'anus et affronta la muqueuse à la peau.

Trachéocèle ou hernie de la muqueuse trachéale. — M. Guyon fait un rapport sur une observation de *trachéocèle* ou hernie de la trachée, adressée par M. le docteur Devalz (de Bordeaux). La tumeur était composée de deux lobes principaux : l'un fuyant à droite sous les muscles du cou; l'autre à gauche sous la clavicule. A l'auscultation, on pouvait croire à l'existence d'une caverne pulmonaire, mais en empêchant l'accès de l'air dans la poche, on supprimait ce signe. Selon M. Devalz, il y a eu hernie de la muqueuse à travers les anneaux de la trachée, et la poche s'est agrandie peu à peu pour former une tumeur volumineuse. On trouve dans la cli-

---

Le malade

Quand je vois maistre Jehan Avis
Je n'ay ny fièvre ny frisson.

Le médecin

Guéry estes à mon avis,
Puisque vous trouvez le vin bon.

L'interlocuteur (à Jean Avis)

La peinture de votre vis (visage)
A plus cousté que la façon.

A. CHEREAU.

NÉCROLOGIE. — Un des plus célèbres médecins de Russie, M. Alexandre Bennakine, médecin en chef de l'armée russe et du czar, est mort subitement jeudi dernier, 28 août, au moment où il venait de rentrer dans sa chambre.

M. Bennakine était depuis un mois à Paris, où l'avaient appelé ses affaires; il comptait repartir dans huit jours.

Il était âgé de 55 ans environ et avait une femme et quatre enfants à Moscou. Son corps va y être transporté.

— Mlle Marie Menestrel, fille du docteur Paul Menestrel, de Serécourt, vient d'être reçue, avec la note *bien*, bachelier ès-sciences par la Faculté de Nancy.

L'*Abeille des Vosges* nous apprend que Mlle Menestrel est la première jeune fille de Lorraine qui ait obtenu ce diplôme.

nique de Larrey des cas semblables qu'il appelle goîtres aériens, et qui seraient formés également par la hernie de la muqueuse à travers les anneaux de la trachée.

Hétéroplastie. — M. Dubreuil a déjà communiqué à la Société de chirurgie le fait d'une femme à laquelle il avait transplanté avec succès un lambeau de peau pris sur le ventre d'un jeune chien. Cette greffe avait été faite sur la région analaire à la suite de l'ablation d'un cancroïde. M. Follet, de Lille, disait avoir observé que les lambeaux de peau d'animaux greffés sur l'homme disparaissaient et se résorbaient sans laisser de trace de leur présence. M. Dubreuil a pu retrouver son opérée, et il a constaté, en effet, que le lambeau, primitivement de 3 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur, ne présente plus aujourd'hui qu'une cicatrice linéaire ; il a été résorbé. Le résultat désiré : substitution d'un tissu souple pour éviter le tissu cicatriciel, n'est donc pas obtenu ; la cicatrisation est plus rapide, mais le lambeau disparaît plus tard.

— M. le docteur Delens lit une observation de fracture articulaire de l'extrémité interne de la clavicule gauche simulant une luxation.

— M. Desprès présente une malade traitée en 1862 pour un kyste de l'ovaire par la canule à demeure ; la malade, déjà présentée à la Société, est guérie depuis onze ans.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

JOURNAL DES JOURNAUX

Injections hypodermiques d'ergotine contre les fibromes utérins. — Un nouveau succès de ce nouveau mode de traitement a été obtenu par le docteur KEATING, et communiqué au Collége des médecins de Philadelphie, en confirmation des succès annoncés par le docteur Hildebrand l'année dernière. C'était un fibrome sans muqueuse, chez une femme faible et anémique, en raison des abondantes hémorrhagies répétées qu'elle avait subies. Après seize injections faites en dix-huit jours au-dessous de l'ombilic, avec vingt gouttes d'une solution d'ergotine, le polype était réduit au tiers de son volume et tendait à être expulsé du col. Toute hémorrhagie cessa.

Mais d'autres effets graves ont été observés. Dès la première et la seconde injections, le pouls s'éleva immédiatement de 76 à 90, ainsi que la température, et une excessive douleur locale résulta de la piqûre, dont l'inflammation tendit à s'abcéder. En les faisant plus profondément et jusque dans la couche musculaire, ce dernier inconvénient cessa, sauf la douleur brûlante. Mais des nausées, des vomissements, le refroidissement des extrémités, une constriction cardiaque, la faiblesse et la diminution des battements du cœur suivirent les injections subséquentes et persistèrent même après. Si donc ces accidents doivent être attribués en partie à l'idiosyncrasie de la malade, il n'y a pas moins lieu d'employer ces injections avec prudence.

Renouvelé dans un cas semblable par le docteur Ashhurst jeune, à l'Hôpital épiscopal, sur une convalescente d'une péritonite consécutive à une tentative d'écrasement d'un polype sous-muqueux de la paroi antérieure de l'utérus, ce traitement amena une réduction de moitié du volume du polype après seize injections consécutives. Aucun des accidents signalés dans le cas précédent ne se montra dans celui-ci. (*Amer. journ. of med. sciences*, juillet.) — P. G.

HYGIÈNE

D'après les nouvelles reçues de tous les côtés, on voit que le *Choléra* s'acclimate en Europe aussi bien qu'en Amérique et en Asie.

Il nous paraît donc utile de faire connaître les moyens praticables pour se préserver, autant que possible, des atteintes de ce mal indien, qui se fait deviner longtemps à l'avance par des diarrhées plus ou moins bilieuses et persistantes.

En pareil cas, à défaut de médecin, la première indication se trouve dans le choix des aliments et des boissons qui peuvent soutenir les forces sans fatiguer les intestins ; mais un auxiliaire qui a été négligé jusqu'à présent nous paraît mériter une sérieuse attention, nous voulons parler du Bain stimulant de Pennès, qui agit rapidement en provoquant les fonctions de la peau, et qui tonifie tous les organes en doublant l'énergie vitale. L'efficacité de ce Bain hygiénique a été constatée déjà à Paris, à l'hôpital Saint-Antoine, à l'hôpital de la Pitié, en pareille circonstance.

FORMULAIRE

MIXTURE AU VIN D'IPÉCA. — CHEYNE.

Vin d'ipéca	10 grammes.
Sirop de baume de Tolu.	15 —
Mucilage de semences de coings.	25 —

Mêlez.

Une cuillerée à café chaque heure, ou de deux en deux heures, aux enfants atteints de bronchite, pour faciliter l'expectoration. — Pour tisane, de la décoction de fruits pectoraux additionnée de lait. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 2 SEPTEMBRE 1733.

Nicolas Roze, plus connu sous le nom de chevalier Roze, meurt à Marseille. A lui l'honneur, avec Belzunce, d'avoir montré un admirable courage dans la terrible peste de Marseille. A lui la gloire d'avoir déployé ce genre de courage, qui ne manque pas non plus à l'armée française quand, au lieu de soldats ennemis, ce sont les fléaux de la nature qu'on lui donne à combattre pour le bien de l'humanité. — A. Ch.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. (Session de Lyon). — Les travaux de l'Association se poursuivent avec la plus grande activité. Les séances de section sont bien remplies, les séances générales présentent beaucoup d'intérêt, et le public lyonnais s'empresse aux conférences publiques. Parmi les communications faites en séance générale, celle de M. Fernand Papillon, sur les rapports historiques de la science et de la philosophie, a particulièrement frappé les membres du Congrès. L'orateur a fait ressortir, au moyen d'exemples habilement choisis et de raisons fortement enchaînées, l'influence salutaire des doctrines philosophiques sur le développement des sciences. Il a montré que, très-souvent, les philosophes ont été les précurseurs des savants. Il a rappelé les savants de nos jours à une considération plus attentive des systèmes métaphysiques qu'ils dédaignent au préjudice de la science.

Mercredi soir, M. Aimé Gérard, professeur au Conservatoire des arts-et-métiers de Paris, a fait une conférence sur les derniers progrès des industries chimiques. M. Gérard a un très-remarquable talent de conférencier, et sa leçon a été très-vivement applaudie. Il a expliqué les derniers progrès réalisés dans la fabrication des acides minéraux, de la potasse, du papier, et avec une grande lucidité et un singulier charme d'élocution; rien de plus curieux que ce progrès des industries chimiques. Jadis on extrayait la potasse des cendres des végétaux. On l'a retirée ensuite des mélasses. Maintenant on la retire des eaux de la mer, et tout récemment on a découvert en Allemagne d'immenses gisements d'un minerai riche en potasse, à Strassfürt. Autrefois on faisait le papier avec des chiffons, maintenant on en fabrique d'énormes quantités avec du bois, ramolli et réduit en pâte au moyen des alcalis et de la vapeur d'eau surchauffée. M. Gérard a rappelé que c'est à des industriels lyonnais que revient l'honneur d'avoir singulièrement accru la production de l'acide sulfurique, en découvrant le moyen d'utiliser à cet effet les pyrites (sulfures) de fer et de cuivre. Jadis on était obligé d'avoir recours au soufre de Sicile. Avec le soufre extrait des pyrites, la fabrication est devenue plus économique et a pu prendre une extension extraordinaire.

Jeudi, 28, a eu lieu la séance de clôture du Congrès. L'année prochaine l'Association tiendra sa session à Lille, sous la présidence de M. Wurtz, vice-président pour cette année-ci. L'assemblée a élu pour l'année prochaine M. Adolphe d'Eichtal, vice-président, et M. Ollier, vice-secrétaire. M. le préfet Ducros assistait en uniforme à la séance de clôture. Il a prononcé à cette occasion une allocution très-originale et d'un sens très-judicieux, sous une forme poétique, pour marquer les limites de la science et la modestie que doit inspirer aux savants le sentiment des infinis qui nous entourent.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872): 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 29 août, on a constaté 841 décès, savoir :

Rougeole, 17 décès; — scarlatine, 0; — fièvre typhoïde, 30; — érysipèle, 8; — bronchite aiguë, 20; — pneumonie, 35; — dysenterie, 9; — diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 41; — choléra nostras, 2; — angine couenneuse, 5; — croup, 19; — affections puerpérales, 7; — autres affections aiguës, 238; — affections chroniques, 333 (dont 133 dues à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 60; — causes accidentelles, 17.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une lettre de M. le docteur Lecadre, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Havre, et membre correspondant de l'Académie, a donné lieu à une discussion qui a rempli toute la séance, et à la suite de laquelle l'Académie, c'est-à-dire ce qui reste de l'Académie (*rari nantes*) en ce temps de villégiature, a mis à l'ordre du jour la grave question du choléra.

Dans sa lettre, M. Lecadre donne des renseignements sur les cas de choléra qui se sont déclarés au Havre, et dont les journaux politiques, après un journal de médecine, ont fait la relation.

C'est dans les premiers jours du mois d'août, à la suite de chaleurs excessives et d'orages répétés, qu'ont éclaté les premiers cas de choléra dans la ville du Havre. M. Lecadre rejette l'opinion d'après laquelle le choléra aurait été importé au Havre par un navire, l'*Ammonia*, venant de Hambourg. Vérification faite, le prétendu cholérique de l'*Ammonia*, débarqué au Havre, y est mort de la dysenterie dont il souffrait déjà depuis plusieurs mois. La question se pose donc ici encore entre l'origine spontanée du choléra et son importation.

Quoi qu'il en soit, l'épidémie du Havre y a fait, pendant le mois d'août, 110 victimes, ce qui pour une population de 112 à 117 mille habitants, en y comprenant de 25 à 30 mille étrangers, donne 1 décès cholérique pour 1,063 ou 1,018 habitants.

Il a paru à M. Lecadre que les symptômes de la maladie étaient généralement moins accentués que dans les précédentes épidémies; crampes moins douloureuses, algidité moins sensible, etc. Il n'y a pas eu de choléra foudroyant, et tous les cas ont été précédés par la diarrhée prémonitoire. L'épidémie sévirait d'ailleurs de préférence sur les individus placés dans de mauvaises conditions hygiéniques ou ayant commis des excès.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de la lettre de M. Lecadre, et qui n'a été en quelque sorte qu'une escarmouche en attendant la bataille, les uns, comme MM. Briquet et Delpech, ont cherché à donner aux faits du Havre une physionomie rassurante; les autres, avecMM. J. Guérin et Bouley, ont jeté le cri d'alarme. Pour les uns, l'épidémie du Havre n'est qu'une épidémie locale, une épidémie de choléra nostras ou, du moins, il y a lieu d'attendre, avant de jeter dans le public ce mot terrible de choléra, d'avoir sur ces faits de plus amples renseignements; pour les autres, au contraire, il n'y a pas d'illusion à se faire; en présence de la marche envahissante du choléra en Europe, les faits du Havre prennent une signification des plus graves; nous sommes en face d'une nouvelle épidémie de vrai choléra, et il n'est que temps d'avertir le gouvernement et les populations de prendre les mesures préventives que réclament les circonstances. M. J. Guérin s'est élevé avec force contre cet optimisme dangereux qui, sous prétexte de rassurer les populations, leur cache la gravité du péril et les empêche ainsi de se mettre en défense contre l'ennemi; il a soutenu avec une éloquente énergie qu'il n'y a pas de choléra foudroyant, que toujours la maladie est précédée d'une période qu'il a, le premier, appelée *prémonitoire*, dont l'existence a été reconnue par les meilleurs observateurs de tous les pays, et contre laquelle les précautions hygiéniques et l'action thérapeutique sont toutes-puissantes. En soignant dès le début la diarrhée *prémonitoire*, on est à peu près sûr d'échapper aux accidents les plus graves. Voilà ce qu'il ne faut pas hésiter à dire au gouvernement et aux populations, et ce qui vaut mieux que toutes les paroles rassurantes qu'on est malheureusement exposé à voir démenties par les faits.

M. J. Guérin a demandé, en terminant, que la question du choléra fût mise à l'ordre du jour, et comme cette question en comprend un grand nombre d'autres qui ont besoin d'être traitées à part, il s'est fait inscrire pour parler mardi prochain : *De la valeur de la diarrhée qui règne aujourd'hui en Europe et de ses rapports avec le choléra.*

Voilà donc enfin décidément engagée, devant l'Académie, cette discussion sur le choléra si longtemps attendue. Nous tiendrons exactement nos lecteurs au courant de ces graves débats. Il est regrettable, d'une part, que l'état de la santé publique en Europe leur donne un caractère de palpitante actualité, et, d'autre part, qu'une discussion de cette importance s'engage pendant les vacances, c'est-à-dire au moment où d'énormes vides se font dans les rangs des académiciens et du public.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Gosselin a dit quelques mots au sujet de la communication faite par M. Demarquay, relativement à l'embolie dans les cas de fracture. Nos lecteurs les trouveront au compte rendu.

Dr A. TARTIVEL.

ÉPIDÉMIOLOGIE

DE LA DENGUE FEVER ET DE L'ÉPIDÉMIE QUI RÈGNE ACTUELLEMENT DANS L'INDE (1).

La dengue fever (les Anglais prononcent *dingüe fiveur*) est une fièvre éruptive généralement épidémique, et probablement contagieuse, caractérisée par : 1° deux éruptions, l'une apparaissant dès le début de la maladie (initial rash), l'autre, beaucoup moins commune, à la fin (terminal rash); 2° par des douleurs, du gonflement et quelquefois de la rougeur dans les articulations, par la persistance de ces douleurs; 3° enfin, par une grande prostration et une longue convalescence.

HISTORIQUE. — Les premiers récits faisant allusion à la dengue se trouvent dans un livre du docteur Wise, dans lequel M. Persin, missionnaire indien, décrit les symptômes d'une épidémie de dengue qu'il observa en l'année 1780, sur la côte de Coromandel, et qui envahit l'Afrique, l'Arabie, la Perse et le Thibet.

Pourtant Gaberts en 1799, au Caire, et Pezet en 1818, à Lima, virent chacun une épidémie.

En 1824, elle éclata à Rangoon et à Guzerat (Indes-Orientales), se répandit de là dans toutes les grandes villes de l'Inde et même jusqu'à Calcutta, où elle causa beaucoup de ravages.

En 1828, elle se répandit dans toutes les Antilles, et presque en même temps dans tout le continent nord de l'Amérique. Après un court séjour, elle disparut pendant vingt ans, reparut en 1848 à la Nouvelle-Orléans, et en 1850 dans le Nord-Amérique, où elle existait encore en 1870.

L'Europe même n'a pas été épargnée. Elle visita de 1865 à 1867 l'Andalousie et plusieurs autres provinces de l'Espagne, et y est encore, si l'on en croit le docteur Paggio, qui a publié un opuscule sur elle en 1871.

En octobre 1871 on la signale à Port-Saïd; le 4 novembre de la même année à Aden et sur la côte opposée. En décembre à Bombay, où elle fut importée par deux transports du gouvernement, et à peu près à la même époque à Calcutta, où elle éclata parmi la population juive, constamment en relations d'affaires avec l'Arabie. A Calcutta, elle affecta d'abord les pauvres classes (Europeans and Portugeese), puis les natifs, les domestiques des Européens, et enfin ces derniers eux-mêmes.

SYMPTÔMES ET MARCHE DE LA MALADIE. — Dans la moitié des cas la dengue débute brusquement. Une dame fut frappée en prenant son bain; une autre en faisant une courte prière à l'église. J'ai vu moi-même un cas foudroyant : c'était à Chandernagor; pendant une partie de whist, le maître et la maîtresse de la maison furent frappés en même temps, si soudainement, qu'ils furent obligés de gagner au plus vite leur lit dans les douleurs de la dengue.

Dans l'autre moitié des cas, certains prodromes annoncent l'invasion de la maladie.

De légers frissons, de l'inappétence, un commencement de céphalalgie, et d'après

(1) La lettre d'envoi qui accompagnait cette communication a été égarée et l'on n'a pu se rappeler le nom de l'auteur, que l'on sait être un médecin très-distingué de la flotte.

Twining (ce que je n'ai pas vu) une chaleur mordicante au creux de l'estomac, sont les premiers symptômes de la fièvre. Mais, sept ou huit heures après le début, tous ces phénomènes morbides ne tardent pas à s'accentuer. La céphalalgie devient plus intense, les yeux s'injectent et sont larmoyants; le malade éprouve une violente rachialgie et accuse de vives douleurs dans les articulations et les os (*break bones fever*, qui brise les os), le pouls s'élève à 100, 105, 110, et quelquefois jusqu'à 130 pulsations par minute. La température suit aussi une marche progressive : de 100 à 107 Fahrenheit (37,78 à 41,66 centigr.); une fois 109 Fahren. (42,77 centigr.); enfin, lorsque le thermomètre indique cette hauteur, le délire éclate, ce qui ne contribue pas peu à alarmer le médecin et la famille. La prostration est énorme; c'est à ce moment que l'éruption apparaît, et généralement dans les vingt-quatre ou trente premières heures.

Le début de cette première éruption (initial rash) est le signal d'une détente considérable dans l'état général du malade. « Une chose bien remarquable et qui caractérise essentiellement la dengue, est l'absence de fièvre pendant la période éruptive. » (*Lectures on dengue*, by Dr Edmonston Charles, de Calcutta.) Vue de loin, la face du malade paraît être barbouillée avec du jus de framboises, comme dans la scarlatine, elle est bouffie, les paupières sont tuméfiées; il existe aussi quelquefois un coryza concomitant, et une rougeur diffuse du palais et de l'arrière-gorge.

Cette éruption n'est pas toujours localisée sur la face : dans un certain nombre de cas que j'ai vus à Calcutta, on les trouvait sur le cou, la poitrine, l'abdomen et les cuisses, sans exister sur cette dernière. Elle ne revêt pas toujours la forme scarlatineuse, quoique cette forme constitue la règle, mais ressemble quelquefois à des papules ou à des plaques d'urticaire. Chose à noter, elle n'est qu'exceptionnellement suivie de desquamation.

La première éruption de la dengue ne dure pas plus de dix à quinze heures, et, vers le troisième ou le quatrième jour, tous les symptômes de la maladie semblent avoir disparu (cela se voit, en effet, chez quelques malades privilégiés, moins toutefois les douleurs articulaires qui persistent); mais, en général, vers la fin du quatrième jour, d'autres phénomènes morbides apparaissent et viennent entraver cette fausse convalescence. Les douleurs articulaires et la fièvre, qui avaient cédé au point d'endormir le malade dans une complète sécurité, réapparaissent; mais cette fièvre, au lieu d'être continue, prend le type rémittent. La température du corps, qui était descendue au niveau normal, remonte à 100 Farhen. et plus; tout, enfin, révèle une nouvelle éruption. Elle ne tarde pas à se montrer, mais elle est très-éphémère; si bien qu'il faut, pour ainsi dire, la saisir au passage. Elle n'existe que chez un cinquième des malades; et, au lieu de ressembler à la première éruption, elle affecte la forme de celle de la rougeole. Aussi, les Anglais l'ont-ils appelée *measly rash*. Elle ne s'est pas présentée dans les autres épidémies sous le même aspect. Ainsi, parlant de celle de 1824, Cawel écrivait : « Comment décrire la forme de cette éruption autrement qu'en disant qu'elle les revêt toutes? Dans un cas, je la rangeai dans la classe des papules; un second, dans celle des exanthèmes; dans un troisième, elle me sembla être composée de vésicules; un quatrième de bulles; un cinquième, enfin, de pustules. » — La terminale *rash* met fin aux symptômes aigus de la maladie, mais la convalescence, qui est toujours longue, se signale par la persistance des troubles gastriques, et surtout des douleurs articulaires. Chez un grand nombre de malades, en effet, ces douleurs, qui s'étaient calmées au moment de l'éruption, réapparaissent plus violentes que jamais dans la convalescence, prennent la forme chronique et durent alors très-longtemps. J'ai traité tout récemment un malade qui les avait depuis un an. Quelquefois aussi elles provoquent tous les symptômes de l'arthrite. Le contraire avait été constaté dans les épidémies précédentes. Parlant de celle de Gorée, Thaly dit, en effet (*Archives de médecine navale*, avril 1868) : « Un fait digne de remarque, c'est que le phénomène douleur, si intense qu'il soit, ne s'accompagne jamais du processus inflammatoire que provoque le rhumatisme. On ne constate ni chaleur ni gonflement au niveau de l'article. » Dans les cas que j'ai vus, l'arthrite a été la règle.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT. — Malgré tous ses accidents formidables, la dengue est une maladie bénigne, je dirai même très-bénigne, puisque je ne connais que cinq cas authentiques où elle se soit terminée fatalement. Un de ces cas est arrivé à bord, chez un enfant que je soignais, et qui mourut de convulsions provoquées par elle, ce qui, par parenthèse, est très-commun chez les enfants atteints par cette maladie.

Au début de l'épidémie, les médecins anglais employèrent les vomitifs et les purgatifs, et ne tardèrent pas à y renoncer. Quelques-uns même qui font autorité à Calcutta, prétendent qu'ils ne font qu'augmenter les souffrances du malade. Je ne partage pas leurs préventions; après avoir lu, en effet, les articles publiés sur la dengue dans les *Archives de médecine navale*, j'ai donné ces vomitifs et ces purgatifs, et crois en avoir tiré de bons résultats.

Un médicament qui a été mis à la mode par le docteur Charles, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Calcutta, est la belladone, qu'on donne sous toutes les formes, à dose un peu élevée, au point même de provoquer de la mydriase. Tous les symptômes s'amendent rapidement, en effet, sous son influence. Mais la belladone enlève rarement la céphalalgie. Les médecins anglais placent dans ce but une vessie remplie de glace sur la tête du malade, et appliquent aussi, mais rarement, quelques sangsues aux tempes. Le premier moyen paraît très-efficace pendant la période de fièvre; ils donnent de temps en temps une tasse de café, et, comme boisson, du soda-water glacé. Une chose extrêmement importante dans le traitement de la dengue, et que je recommanderais presque en France dans celui des fièvres éruptives, est de donner des bains entiers froids au malade sitôt que la température s'élève au-dessus de 100° Fah. (37,78 C.); c'est une chose indispensable dans les climats chauds et qui donne des résultats merveilleux. Pour les enfants chez lesquels la dengue provoque très-souvent des convulsions, on doit donner des bains froids et le suc de ciguë en potion; quant aux symptômes gastriques, les Anglais les traitent par les toniques et les amers. Une de leurs prescriptions favorites est une mixture composée de 1/16 de grain de strychnine et 15 minimes d'acide phosphorique dans une quantité assez considérable d'eau pour en couvrir l'amertume. J'ignore quelles sont les vertus de ce dernier médicament, ne l'ayant jamais ordonné.

Quant aux douleurs articulaires, on les traite par les moyens ordinaires. Les médecins anglais emploient ordinairement des liniments au chloroforme, la belladone; quelquefois aussi la térébenthine, la morphine par la méthode endermique, enfin l'électricité; j'oubliais le colchique, qu'ils ordonnent souvent et à très-hautes doses.

J'aurais voulu donner plus de développement à cet article, et surtout traiter du diagnostic différentiel de la dengue. Malheureusement, le temps me fait défaut, et le paquebot pour France chauffe déjà.

De l'avis général, la dengue qui, au premier abord, paraît avoir tant de liens de parenté avec nos fièvres éruptives indigènes, constitue une entité morbide parfaitement distincte.

De l'avis général aussi elle est contagieuse. Il suffit, pour le prouver, d'étudier de quelle manière elle s'est propagée dans l'Inde. Partie, en effet, du même point, d'Aden et de la côte arabique opposée, elle a envahi l'Inde par deux côtés, apportée par des navires infestés, par Bombay et Calcutta.

De Bombay, elle a remonté vers le nord, en suivant le grand central Railway sur un trajet de 1,500 milles, et infestant successivement les central et North West provinces, le Rajpootana, le Cashmere et le Penjab. De Calcutta elle a rayonné dans tous les sens. Elle a commencé par envahir Assam et le Bhotan; puis, remontant vers le Thibet, elle est descendue dans la British Burmah, gagnant de proche en proche les villes commerçantes de la côte : Chittagong, Akyab et même Rangoon et Moulmein, ainsi que toute la Birmanie.

Pendant qu'elle ravageait le nord-est, envahissant le sud-est en suivant la côte

du Malabar, elle visitait, en effet, Falsepointe, Visagapatam, la petite colonie française de Yanaon, Madras, Pondichéry (où, d'après le docteur Martialis, elle commence à faire de nombreuses victimes), enfin tout le Mysore.

L'Inde entière, depuis le cap Tuticorin jusqu'à l'Himalaya, est la proie du fléau qui n'épargne personne : enfants ou vieillards, riches ou pauvres, indigènes, half-caster ou européens, tous lui payent un tribut. Les victimes se comptent par millions ; le nouveau vice-roi lui-même vient d'en être atteint.

Je me suis souvent demandé si la dengue pouvait se propager dans notre vieille Europe. Il est difficile de répondre à cette question, il est permis cependant de n'être pas sans inquiétude en voyant son mouvement rétrograde vers le sud de l'Inde, et en connaissant sa grande facilité de s'adapter à tous les climats. Elle a, du reste, déjà visité l'Espagne. Les paquebots, si nombreux aujourd'hui, ont créé de telles relations entre l'Europe et l'Asie, qu'il faut être sur ses gardes. Les Anglais eux-mêmes viennent de forcer les capitaines des navires atterrissant à Galles, de signer une déclaration constatant tout spécialement qu'ils n'ont aucun cas de dengue à bord. Je ne voudrais pas être pourtant un prophète de malheur, et, quoi qu'il arrive, je me crois en droit de vous rassurer : si la dengue a des symptômes si méchants et si elle atteint tout le monde, elle ne tue personne.

MATIÈRE MÉDICALE

ÉTUDE SUR LE BIPHOSPHATE DE CHAUX ENVISAGÉ AU POINT DE VUE MÉDICAL ;

Par M. O. HENRY, membre de l'Académie de médecine, etc.

Avant de traiter en détail le *biphosphate de chaux*, objet de ce petit mémoire, qu'il nous soit permis, pour l'intelligence des faits, de jeter, en quelques lignes, un coup d'œil rétrospectif sur le *phosphate de chaux*.

Ce sel, bien connu, très-répandu dans la nature, est d'une haute importance ; il constitue, on le sait, presque en totalité la charpente osseuse des hommes et d'un grand nombre d'animaux ; comme espèce *minéralogique* et *géologique*, il se rencontre en pierres assez rares, bien cristallisées, mais plutôt en montagnes considérables et en gisements nombreux disséminés à l'état de nodules plus ou moins durs ; il existe dans presque tous les tissus, dans presque toutes les humeurs de l'économie animale, à côté de *phosphates alcalins* ; enfin, il entre dans la texture de beaucoup de végétaux, dans des racines et des graines, etc., employés pour l'alimentation. Là, sans aucun doute, la nature l'a placé pour que, par cette alimentation, il pût contribuer à la formation et à la régénérescence des os.

Aujourd'hui, à l'état soluble, et désigné sous le nom de *superphosphate*, il est très-employé dans la culture ; son action fertilisante incontestable tend à le faire absorber par les végétaux alimentaires, puis à passer par absorption ultérieure dans l'économie animale.

On peut donc reconnaître que l'existence du *phosphate* de chaux est *capitale* au point de vue physiologique. Ne peut-elle pas présenter de bons avantages pour la thérapeutique ? Assurément, oui. Depuis longtemps, en effet, on emploie le *phosphate calcaire* comme réparateur et comme reconstituant ostéogénique, etc., etc. Il est préconisé par un grand nombre de praticiens. Ainsi, dans tous les formulaires, on indique sous le nom de *décoction blanche de Sydenham* une liqueur tonique dans laquelle le phosphate calcaire est tenu en suspension par une espèce de mucilage ; on l'a conseillé en sirop uni à l'acide lactique, ou à des vins sucrés ; mais, vu sa presque insolubilité, il n'existe dans la plupart de ces médicaments qu'en proportion minime.

Pour remédier à ces inconvénients, il fallait l'obtenir à l'état soluble en *biphosphate de chaux* alors ; c'est là ce qui a été fait, ainsi que je vais l'exposer :

On sait que, sous certaines influences, l'acide phosphorique subit des modifications particulières en s'unissant à différentes proportions d'eau. Ainsi, l'acide phosphorique ordinaire, dans les *phosphates basiques*, égale Pho^5+3Ho. Dans les *biphosphates* et dans les *métaphosphates*, l'acide est représenté par $Pho^5 + 2Ho$, puis $Pho^5 + Ho$.

Ces derniers sels sont solubles quand ils sont à base de chaux, et l'on a :

1° Phosphate de chaux tribasique.	$Pho^5 + 3$ Cao.
2° Biphosphate (*pyrophosphate*) bibasique.	$Pho^5 + 2$ Cao.
3° Biphosphate	$Pho^5 + 1$ Cao + Ho.
4° Phosphate acide monobasique (*métaphosphate*). . .	$Pho^5 + 1$ Cao.

C'était donc en biphosphate calcaire que nous devions avoir le sel de chaux cherché, et c'est bien lui qui est le but de cette étude.

Pour faire le travail, j'ai profité du savoir et du concours de mon ami M. E. Perret, pharmacien de 1re classe à Moret, près Fontainebleau, avec lequel, plusieurs années avant, j'avais présenté à l'Académie de médecine un mémoire sur l'*acide quinopricique*, composé fébrifuge fait avec les résidus du sulfate de quinine (la quinoïdine) et destiné, par son prix inférieur, aux classes pauvres des pays marémateux, qui ne peuvent se procurer le sulfate de quinine, vu sa cherté. Ce travail fut bien accueilli.

M. E. Perret, ancien élève de Ghérardt, sous-préparateur à l'École de Strasbourg, est très-versé dans les études et les manipulations chimiques; il possède, à Moret, un vaste laboratoire où il prépare en grand la *pepsine*, la *propylamine*, les *résines* de scammonée, etc., etc. Je ne pouvais donc faire un meilleur choix pour l'étude en question; aussi nous sommes-nous mis à l'œuvre ensemble.

Le premier soin était d'avoir une certaine quantité de *phosphate tricalcique* pur; voici le mode qui a été suivi pour l'obtenir :

On a pris :	Noir animal en grains.	1 kil.
	Acide chlorhydrique pur.	1 kil. 500

Après avoir laissé agir pendant une heure à la température de 100°, on a ajouté :

Eau distillée.	1 kil. 500

puis le tout a été jeté sur une toile lorsque le mélange était refroidi. On a alors affusé *pour saturer tout à fait*,

Carbonate de soude et ammoniaque.

Le précipité formé fut recueilli, lavé jusqu'à cessation d'acidité, exprimé à la presse, séché et conservé.

Ce produit était le *phosphate tricalcique cherché*.

C'est lui que nous avons transformé en *biphosphate* $Pho^5 + ICao + Ho$ *soluble*, au moyen des acides. Laissant de côté l'acide lactique et l'acide chlorhydrique, qui fournissent un sel soluble, à la vérité, mais d'une saveur styptique peu agréable, on a employé avec plus de succès l'*acide citrique* de la manière suivante :

Phosphate chaux *tricalcique* sec.	10 grammes.
qui a été broyé avec eau pure, quantité suffisante.	500
Acide citrique pur.	20
Pepsine	2

Puis le mélange a été mis dans un digesteur à 40° pendant douze heures, et pour obtenir un liquide pesant 500 grammes qu'on a filtré et conservé en flacons bouchés. Il constituait le *biphosphate cherché*. Il est soluble, cristallisable en petites aiguilles soyeuses, micacées, mais sa solution laisse encore un arrière-goût de stypticité.

Sa formule au centième s'exprime ainsi :

Chaux	23,93 grammes.
Acide phosphorique . . .	60,68
Eau	15,39
	100,00

Un acide quelconque employé n'a donc pour but que d'enlever au phosphate *tribasique* les équivalents de chaux.

Enfin, nous avons modifié définitivement la formule par une plus *rationnelle* que voici :

Phosphate de chaux tricalcique sec	156 grammes.
Acide phosphorique hydraté pur.	70
Acide borique.	35
Eau distillée.	2000

Le mélange bouilli pendant deux heures, en remplaçant l'eau évaporée, est par la suite abandonné au repos et filtré froid. La solution, ramenée avec de l'eau distillée à 2 degrés 1/2 de l'aréomètre (température, 16°), est filtrée de nouveau et conservée en flacons.

100 parties contiennent 3 grammes de biphosphate de chaux, c'est-à-dire 0,50 centig. de plus que les solutions de ce genre ordinairement employées aujourd'hui. Quant à l'acide borique, il ne se borne pas à agir comme antiseptique pour conserver le liquide sans altéra-

tion ; il doit y jouer le même rôle que dans la crème de tartre soluble ; enfin, la solution, d'une acidité agréable, n'offre aucun arrière-goût de stypticité.

Associée à la *pepsine* pour en favoriser l'assimilation dans l'économie, c'est une solution que les médecins peuvent doser aisément pour traiter les sujets anémiques et rachitiques, hélas ! si nombreux.

M. le docteur Darnay a donné, m'a dit M. E. Perret, une formule très-rationnelle pour préparer, avec le biphosphate en question, un vin que je crois appelé à remplir les meilleures indications. Aussi, quoique désintéressé dans la question, mon travail tout *scientifique* achevé, je fais des vœux pour que cette préparation soit comprise comme elle me semble le mériter.

En offrant aux médecins un composé *sérieux*, je le répète, *très-consciencieusement fait*, mon savant confrère et ami ajoutera une nouvelle *spécialité raisonnable* à celles reconnues bonnes, dont la pharmacie savante a déjà enrichi l'art de guérir.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE NORMALE DU CORPS THYROÏDE, par le docteur P.-A. BOECHAT, ancien interne des hôpitaux. Paris, Ad. Delahaye, libraire ; 1873.

Cette thèse, qui montre dès le début que son auteur sait bien manier le microscope, a été faite sous la direction de M. Ranvier et ne présente guère qu'un intérêt de pure curiosité histologique, sans aucun profit ni pour la pathologie ni pour la physiologie du corps thyroïde, puisque M. Boechat avoue lui-même que, *dans l'état actuel de la science, il lui paraît impossible de déterminer la nature des fonctions de ce corps.*

La principale nouveauté, représentée dans une jolie planche à la fin du travail, est que les cavités ou vésicules thyroïdiennes *paraissent toutes communiquer largement les unes avec les autres* et sont tapissées par un épithélium qui forme une membrane continue, à peu près seule paroi de ce système de canaux thyroïdiens. Encore cette opinion n'appartient-elle pas en propre à l'auteur, puisque Virchow, dans sa pathologie des tumeurs, n'admet plus seulement, pour la constitution de ce corps, une simple réunion de vésicules distinctes, mais des cavités communiquant entre elles.

Ce système thyroïdien se creuserait une voie dans les travées conjonctives qui soutiennent un *vaste réseau caverneux lymphatique* plus développé que ne l'a décrit encore aucun anatomiste. Ce n'est pas sur l'homme, mais sur le chien et le lapin, que M. Boechat a trouvé cette disposition de l'épithélium, grâce aux acides picrique et osmique, et aux injections interstitielles de gélatine au nitrate d'argent. Ces dernières seraient aussi très-bonnes à déceler les canaux lymphatiques qui se trouvent en dehors des canaux alvéolaires.

Liégeois a fait, il me semble, une thèse de concours sur les glandes vasculaires sanguines : ne méritait-elle donc pas de trouver mention ici ? Si nous nous oublions, entre nous, ce ne ne sont pas, à coup sûr, les Allemands qui nous citeront dans leurs ouvrages.

DU TRAITEMENT DES POLYPES LARYNGIENS, par le docteur Charles LIVON. Paris, Adrien Delahaye, libraire ; 1873.

La thèse inaugurale de M. Livon est un résumé succinct et intéressant des divers moyens employés contre les polypes laryngiens et des observations connues jusqu'à ce jour, environ une soixantaine. Avant de passer en revue les trois méthodes qu'il conseille : 1° le traitement au moyen du laryngoscope par les voies naturelles ; 2° le traitement par les voies artificielles ; 3° la méthode mixte, l'auteur, à la fin de son historique, se berce du doux espoir que les *polypes du larynx ne sont plus maintenant qu'une affection de peu de gravité et que leur traitement ne laisse plus rien à désirer*. C'est être téméraire, à notre avis, et aller un peu trop loin : un polype est et restera toujours une affection sérieuse. — La méthode par les voies naturelles est celle que l'auteur préfère avec raison comme la plus inoffensive et la moins douloureuse ; mais, malheureusement, elle ne peut s'appliquer à tous les cas. — A ce propos, la description des instruments de M. Cusco pouvaient trouver place à côté de ceux dont il est parlé dans ce bon travail. Cet ingénieux chirurgien a fait construire, sur le mécanisme du joujou en bois et à bascule (les batteurs) dont se servent les enfants, de longs ciseaux coudés avec arête sur l'une des branches, et des pinces plates également coudées dont nous avons fait mention dans la revue chirurgicale de l'UNION du 24 août 1872. — Après avoir énuméré les divers moyens mécaniques, M. Livon dit : *Rien ne doit être donné au hasard dans ces opérations délicates, le médecin doit procéder avec assurance*, etc. Ce sont là, sans doute, d'excellents conseils dont il faut se pénétrer, mais qu'il est parfois difficile, sinon impossible de suivre à la lettre quand on se trouve aux prises avec un larynx. Le ramonage de cet organe (Verneuil), quoique ayant

fourni quelques bons résultats est, on en conviendra, une opération dont les temps ne sont guère réglés, et nous avons vu un praticien, bien versé cependant dans le maniement du laryngoscope, après de nombreuses tentatives, renoncer, de guerre lasse, à se laisser guider par la vue et procéder à l'arrachement en ne se fiant qu'au hasard. — L'auteur rejette l'anesthésie générale préalable, et je l'en félicite ; mais croit-il bien réellement à l'efficacité, et surtout à l'innocuité de ces badigeonnages et applications locales (alcool, acide acétique, morphine, chloroforme, etc., etc.,) destinés à produire une anesthésie locale ? Passe encore d'essayer la glace ou le bromure de potassium, bien qu'on ait, à notre avis, exagéré leurs bons effets ; mais, quant aux autres moyens, je pense que le remède est pire que le mal et que le mieux est de s'en abstenir. C'est principalement et presque uniquement par l'éducation de l'arrière-gorge et des cordes vocales que peut s'établir la tolérance de l'organe à se prêter aux manipulations laryngoscopiques. — Dr GILLETTE.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 septembre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet quatre lettres relatives à des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Quinquaud, sur les variations de l'hémoglobine dans les maladies.

2° Une lettre de M. le docteur Bouillon-Lagrange, contenant deux cas remarquables d'embolie avec guérison.

3° Une lettre de M. le docteur Lecadre (du Havre), médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre, membre correspondant, relative aux cas de choléra qui se sont manifestés dans la ville du Havre dans le courant du mois d'août dernier. Voici les principaux passages de cette lettre :

« Au commencement du mois d'août, dit l'auteur, sous l'influence de grandes chaleurs et d'orages souvent renouvelés, apparurent les premiers cas de choléra.

Les cas augmentèrent en nombre au fur et à mesure qu'on approchait de la fin du mois.

Le dépouillement de l'état civil du mois de juillet ne constate aucun décès par le choléra durant ce mois.

Rien ne prouve que la maladie ait été importée du dehors au Havre. La version qui veut que le choléra ait été importé dans notre port par un navire, l'*Ammonia*, venant de Hambourg, où le choléra existe, n'est pas exacte.

Le matelot de ce *steamer*, qui mourut au Havre quelques jours après son arrivée, était atteint depuis plusieurs mois de dysenterie qui finit par l'enlever.

Tout vient prouver que ce nouveau choléra est né sur place et n'a point été importé.

Au reste, il existe également dans la plupart des localités de l'arrondissement.

Si l'on venait à prouver, d'après d'autres observations, que le choléra peut, dans une circonstance donnée, devenir épidémique comme toute autre maladie, n'y aurait-il pas tout un nouveau travail à faire sur sa genèse et sur les moyens à employer aujourd'hui pour s'en préserver ?

Durant le mois d'août, le dépouillement de l'état civil constate 478 décès, sur lesquels 110 par le choléra.

De ces 110 morts par le choléra, 91 avaient de 5 à 90 ans ; 19 de 1 jour à 5 ans.

Des autres mois de l'année, le plus chargé en décès avait été mars, qui avait compté 268 cas de mortalité.

Chose assez remarquable, lorsque le nombre des victimes par le choléra augmentait chez les adultes, il diminuait chez les enfants, chez lesquels on ne constatait que 19 décès par le choléra dit infantile, tandis qu'on en comptait 50 au mois précédent (juillet).

Au mois d'août 1871, le nombre des cas de choléra infantile mortels avait été de 112, et, au même mois de 1872, de 117.

Cette différence dans la mortalité par le choléra infantile aux mêmes mois de trois années différentes, et la coïncidence de la faible mortalité du choléra infantile cette année, au mois d'août, avec la réapparition du choléra épidémique chez les adultes, méritent d'être signalées.

Les symptômes du choléra de cette année sont ceux des invasions précédentes, sauf leur

intensité, qui est peut-être moins grande; les crampes sont moins violentes, l'algidité est moins prononcée, la cyanose moins sensible.

La durée de la maladie est généralement plus longue; elle excède souvent vingt-quatre, trente-six heures dans la période algide. On ne compte pas encore d'exemple de choléra foudroyant.

On peut dire que, jusqu'ici, dans tous les cas, il est précédé de la diarrhée *prémonitoire*, qui souvent précède la maladie de plusieurs jours.

Le plus grand nombre de cholériques se compte dans la classe malheureuse, habitant des logements étroits, insalubres, ou privés d'une nourriture substantielle, et parmi les gens faisant des excès. Aussi le nombre d'hommes morts de choléra excède-t-il celui des femmes. Plusieurs cholériques sont morts dans la réaction, et généralement ils succombaient aux congestions auxquelles leurs organes étaient le plus prédisposés.

On ne peut nier que la constitution médicale soit éminemment maladive en ce moment. Ce n'est pas seulement au choléra qu'il faut imputer la grande mortalité du mois d'août, 368 individus mouraient d'affections autres, et ce chiffre excède de beaucoup le chiffre ordinaire.

Le nombre des embarras gastro-intestinaux est très-grand en ce moment; mais, outre ces affections, on voit beaucoup de bronchites, de pneumonies, de rhumatismes, des exanthèmes.

On ne peut donc pas dire, comme cela s'est vu aux invasions précédentes, que toutes les maladies se revêtent en partie de la forme épidémique.

N'omettons pas de constater que le nombre des étrangers a été très-nombreux au mois d'août, cette année, au Havre, qu'on peut bien l'évaluer à 25 ou 30,000; ce qui, avec le chiffre de la population fixe de 87,000, constitue un contingent de 112 ou 117 mille habitants. Ce serait donc 1 cholérique sur 1,063 ou 1,018 habitants.

Jusqu'ici, la situation n'est donc pas d'une grande gravité.

Rien, non plus, ne peut donner l'idée de la contagion. »

—

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, à laquelle il n'a pas pu assister, M. Gosselin demande à dire quelques mots au sujet de la communication, faite par M. Demarquay, d'un cas d'embolie à la suite d'une fracture de la jambe. Cet accident n'est pas très-rare, et il est même étonnant qu'il n'arrive pas plus fréquemment, à cause de la coagulation du sang par phlébite des grosses veines du membre fracturé, phénomène très-ordinaire, sinon constant des fractures des membres, surtout des membres inférieurs, qui arrive, vers le quinzième, vingtième ou vingt-cinquième jour, pendant le travail de consolidation de la fracture.

C'est cette phlébite avec coagulation du sang qui explique les œdèmes prolongés du membre qui accompagnent la consolidation des fractures de la jambe. Il n'est pas étonnant dès lors que des embolies se déclarent par migration de caillots ou fragments de caillots détachés du coagulum sanguin.

De là l'importance qu'il y a à empêcher le détachement de ces caillots, en maintenant le membre malade dans l'immobilité la plus complète possible, car la contraction musculaire facilite le détachement et la migration des caillots, tant qu'ils n'ont pas été résorbés ou que leur adhésion aux parois veineuses n'est pas suffisamment solide. Chez le malade de M. Demarquay, l'embolie s'est effectuée au trentième jour de la fracture, époque à laquelle le caillot n'a pas acquis une adhérence suffisante, ce qui n'a lieu que du quarantième au cinquantième jour. Il faut donc maintenir l'immobilité du membre fracturé jusqu'à cette époque, si l'on veut éviter l'accident souvent mortel de l'embolie.

La phlébite à la suite de fractures des membres inférieurs, chez les sujets atteints de varices, doit prédisposer aux embolies, d'autant plus que, chez ces sujets, les caillots sont plus volumineux.

—

A l'occasion de la lettre de M. Lecadre, M. Briquet fait remarquer l'importance des détails qu'elle contient, savoir : 1° que la maladie n'aurait pas été importée; 2° qu'il n'y aurait pas eu de cas de choléra foudroyant. Il semble donc qu'il ne s'agit ici que d'une épidémie de choléra *nostras*, qui existe actuellement à peu près partout, et qui s'explique par l'influence des chaleurs exceptionnelles de ces derniers mois.

M. Briquet ajoute que, dans le service de M. Moutard-Martin, qu'il remplace actuellement, il y aurait eu, au dire de l'interne, plusieurs cas de choléra.

M. Moutard-Martin affirme qu'au moment où il a quitté le service il n'existait que quelques cas de diarrhée, mais pas un seul cas de choléra.

M. Larrey dit qu'au sein du Conseil d'hygiène publique on se préoccupe depuis quelque temps de la question du choléra. Des relevés ont été transmis à ce Conseil, dans lesquels se sont glissées des erreurs graves de diagnostic. Vérification faite, on a reconnu que deux cas de prétendu choléra étaient, l'un un cas de dysenterie, et l'autre un cas d'étranglement interne.

M. Delpech confirme les renseignements donnés par M. Larrey. Il est certain que jusqu'à présent aucun cas de choléra ne s'est déclaré à Paris, sauf un cas isolé, qui s'est produit sur un voyageur arrivé du Danemark depuis deux jours, à l'hôtel du Louvre, et dans lequel il est difficile de savoir s'il s'agit d'un cas de choléra importé ou de choléra *nostras*.

M. J. Guérin dit qu'il y a, dans l'interprétation des faits contenus dans la lettre de M. Lecadre, une question d'hygiène publique et privée de premier ordre. S'il s'agit, comme il semble difficile d'en douter, de véritables cas de choléra, il faut le dire hautement, afin que l'on prenne les mesures nécessaires pour s'en préserver. D'une part, M. Lecadre pense qu'il n'y a pas eu importation, d'autre part que tous les cas de choléra, au Havre, ont été précédés de diarrhée *prémonitoire*. De ces deux faits découlent des conséquences pratiques de la plus haute importance. Dans tous les pays de l'Europe on signale, actuellement, des cas de choléra que l'on désigne universellement sous le nom de choléra asiatique. Il serait puéril de dire que l'épidémie du Havre n'est qu'une épidémie de choléra *nostras*. Et d'ailleurs, quelle différence y a-t-il entre un cas de choléra sporadique, terminé en quelques jours par la mort, et un cas de choléra asiatique ? Toute la distinction paraît résider dans le nombre plus ou moins grand des cas observés.

S'il s'agit de quelques cas seulement, on dit que c'est du choléra *nostras*; si le nombre des cas s'élève à 50, à 100, cela devient du choléra asiatique, et alors on veut qu'il soit le produit de la contagion ou de l'importation.

Mais il est une autre doctrine d'après laquelle le choléra naît de toutes pièces, sur place, annoncé par des dérangements intestinaux qui précèdent de plus ou moins loin la généralisation de l'épidémie. Dans certains endroits toute l'épidémie peut se borner même à ces dérangements, témoin la ville de Lyon où, en 1832, il n'y eut que des cas de diarrhée, tandis qu'à Paris la mortalité fut effroyable.

Il faut donc, pour juger avec connaissance de cause, considérer l'ensemble des faits. Or, il est certain qu'aujourd'hui il existe, dans tous les pays de l'Europe, des cas de choléra analogues à ceux que l'on a signalés au Havre. Au lieu donc d'endormir les populations dans une fausse quiétude, il vaut mieux leur dire la vérité, et leur apprendre que le choléra est toujours précédé d'une diarrhée *prémonitoire* qu'il faut soigner et combattre dès le début si l'on veut éviter la maladie.

M. Delpech répond à M. J. Guérin qu'il est impossible de ne pas différencier du choléra asiatique ces cas de choléra sporadique, de choléra *nostras*, de diarrhée grave, que l'on a observés dans tous les temps et dans tous les pays, que Sydenham a signalés ; cas isolés, mais plus ou moins nombreux, qui se développent principalement sous l'influence des fortes chaleurs de l'été, des temps humides et orageux, en même temps que toute la série des dérangements gastro-intestinaux. Il y a donc une véritable différence entre ces cas de choléra dit sporadique ou *nostras*, qui sont le résultat de la constitution saisonnière, et les épidémies de choléra asiatique, quoi qu'en dise M. J. Guérin.

M. Delpech ne se permet pas de juger les faits du Havre; il pense qu'il faut, pour cela, attendre de plus amples informations.

Quant à la théorie de M. J. Guérin, d'après laquelle le choléra se développerait sur place, de toutes pièces, dans les lieux les plus divers, M. Delpech ne croit pas qu'il y ait lieu de l'assimiler à celle que M. le docteur Tholozan a émise naguère devant l'Académie de médecine. En effet, M. Tholozan a dit qu'à la suite des épidémies cholériques, des germes morbides peuvent persister dans une localité, y sommeiller pendant un temps plus ou moins long, pour se réveiller ensuite et donner lieu à une épidémie nouvelle, que l'on ne peut expliquer par la contagion ou l'importation. Un fait analogue a été observé à l'hôpital de la Charité.

En résumé, jusqu'à plus ample informé, il n'y a pas lieu d'attribuer aux faits du Havre plus de gravité qu'ils ne comportent. Ce sont des faits exceptionnels dus probablement à une constitution saisonnière exceptionnelle aussi. Il faut donc prendre des précautions, mais sans jeter intempestivement l'alarme parmi les populations. Il y a lieu d'espérer, d'ailleurs, que le choléra ira en s'amoindrissant; déjà la dernière épidémie a été beaucoup moins meurtrière que les précédentes, et rien ne doit faire craindre que cette décroissance successive de la gravité du mal s'arrête dans ses progrès.

M. Bouley dit que, d'après les renseignements reçus au Conseil d'hygiène, rien ne prouve que le choléra du Havre n'ait pas été importé. La ville du Havre a des rapports très-fréquents avec la ville de Hambourg, d'où lui viennent des navires ayant souvent à bord des émigrants allemands. Rien ne prouve que l'un de ces navires n'ait pas débarqué au Havre quelque individu atteint de choléra ou de diarrhée cholérique, ou du moins ayant le germe de la maladie qui se serait développée ultérieurement.

Toujours est-il que la ville du Havre est la seule du littoral qui soit atteinte. Mais, depuis l'apparition du choléra au Havre, d'autres villes du voisinage ont vu l'épidémie se développer dans leur sein. A Rouen, par exemple, on compte actuellement, par jour, jusqu'à 18 et 20 décès cholériques; le bruit court que Lisieux est affecté à son tour. Il existe donc évidemment un courant épidémique qui marche à cette heure sur Paris. C'est le choléra, et le choléra importé. Il faut que les populations en soient prévenues afin qu'elles puissent prendre à temps les mesures destinées à les préserver. Il vient de paraître dans la *Revue des sciences* un article très-intéressant et très-bien fait, rempli de documents importants empruntés, en très-grand nombre, à des médecins de l'Inde, qui tendent à prouver que la propagation du choléra se fait surtout par les eaux potables, et qui donnent ainsi les moyens de se mettre en garde contre la maladie.

M. Briquet dit que le fait qui caractérise essentiellement le choléra indien est la rapidité foudroyante de ses atteintes. Or, pas un seul cas de choléra foudroyant n'a été observé au Havre. M. Briquet fait remarquer, en outre, que M. Lecadre nie l'importation du choléra au Havre; or, dans toutes les épidémies de choléra, il y a eu toujours importation.

M. J. Guérin ne saurait trop s'élever contre la dangereuse erreur relative aux prétendus cas de choléra foudroyant. Il nie absolument ce mode d'apparition du choléra. Toujours il est précédé par la diarrhée *prémonitoire*, fait qui a été vérifié par les meilleurs observateurs de tous les pays, après que M. J. Guérin eût appelé sur lui l'attention. C'est donc un grand service à rendre aux populations que de leur apprendre qu'on peut se préserver du choléra en soignant, dès le début, la diarrhée prémonitoire.

Il faut laisser dormir les théories et ne voir que les faits. Les épidémies commencent par des cas isolés, qui se multiplient peu à peu, chaque cas devenant le point de départ ou l'origine d'un cas nouveau, d'où la généralisation de l'épidémie. Il y a des épidémies ébauchées qui ne consistent qu'en des cas plus ou moins nombreux de diarrhée.

A Paris, on parle depuis plus d'un mois déjà du choléra infantile; ce n'est pas autre chose, suivant M. J. Guérin, que le choléra vrai.

L'orateur termine en demandant que la question du choléra soit mise à l'ordre du jour. Il s'inscrit pour la prochaine séance, où il traitera de la valeur de la diarrhée qui règne actuellement en Europe et de ses rapports avec le choléra.

M. Delpech dit qu'il ne peut entrer dans l'esprit d'aucun médecin de ne pas traiter la diarrhée, qu'elle soit ou non cholérique. Il ne faudrait donc pas, dans le but de prévenir les populations d'avoir à soigner la diarrhée prémonitoire, leur inspirer la terreur d'une épidémie de choléra qui peut ne pas se déclarer.

Encore une fois, les cas du Havre sont encore douteux; il faut les donner comme tels.

M. Delpech n'accepte pas du tout l'assimilation faite par M. J. Guérin du choléra infantile au choléra asiatique. Le choléra dit infantile n'est pas autre chose qu'une entérite, ou plutôt une colite qui n'a rien de commun, ni dans son origine, ni dans ses symptômes, ni dans les lésions anatomiques, avec le choléra.

M. Briquet admet que le choléra est toujours précédé de diarrhée; mais il n'en est pas moins vrai qu'il marche parfois avec une rapidité foudroyante.

— M. le Président fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Woillez, d'une brochure intitulée : *Le docteur Louis, sa vie et ses œuvres.*

M. le Président annonce, en outre, que M. le baron Larrey vient de faire don à l'Académie d'une magnifique gravure dont le sujet est la *Leçon d'anatomie* de Tulpius, par Rembrandt.

— A cinq heures l'Académie se réunit en comité secret.

JOURNAL DES JOURNAUX

Résection de l'humérus dans l'ankylose accidentelle du coude. — Fondé sur ce fait que, dans les fractures du coude, l'humérus seul est lésé, le docteur Watson, d'Édimbourg, a exécuté un nouveau procédé, n'intéressant que l'humérus, pour lever l'ankylose accidentelle du coude par une incision linéaire sur le côté interne de l'olécrâne, plus longue que celle faite habituellement, le nerf étant mis de côté; un bistouri boutonné, introduit en avant et en arrière de l'humérus, en divise les attaches capsulaires; le condyle interne et la trochlée sont ensuite séparés avec des pinces, puis le condyle externe est séparé et libre ainsi; l'extrémité humérale est amenée au dehors et sciée à angle droit, sans aucune lésion des parties molles du côté externe du bras.

Cinq succès sur six cas ont déjà montré la valeur de ce procédé, et rendu des mouvements à l'articulation ankylosée après cette excision. (*Edimb. med. Journ.*, mai.) — P. G.

FORMULAIRE

Poudre emménagogue.

Poudre de feuilles d'armoise.	2 gr. 50 centigr.
Poudre de millefeuille.	2 gr. 50 centigr.
Poudre de safran	1 gr. 25 centigr.

Mêlez et divisez en cinq paquets.

Dans le cas d'aménorrhée, on donnera chaque soir un de ces paquets pendant les cinq jours qui précéderont l'arrivée probable des règles. On appliquera en outre des cataplasmes chauds sur le bas-ventre, et on promènera des sinapismes sur les membres inférieurs. Si l'aménorrhée est liée à la chlorose, on prescrira pour le reste du mois le vin de quinquina et le fer. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 4 Septembre 1775.

On distribue, à Paris, une feuille imprimée intitulée : « Remède éprouvé pour guérir radicalement le cancer occulte et ouvert ou ulcéré, par Guillaume-René Le Fébure, baron de S. Ildephont, D. M. P., médecin du Pape et de l'Empereur, membre de plusieurs savantes Compagnies de l'Europe. » In-4°. — A. Ch.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Broca, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1872-1873, par M. Lannelongue, agrégé de la dite Faculté.

— M. Le docteur Laborde (Jean-Baptiste-Vincent) est chargé, à titre gratuit, des fonctions de chef de laboratoire de thérapeutique à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Serré (Jean-Hubert), docteur en médecine, est institué chef de clinique chirurgicale près la faculté de médecine de Montpellier, pour entrer en fonctions le 1er novembre 1873.

École de pharmacie de Montpellier. — Sont chargés provisoirement et pendant l'année scolaire 1873-1874, des fonctions d'agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier (emplois vacants) :

MM. Heckel (Édouard), licencié ès sciences naturelles, pharmacien de 1re classe, docteur en médecine;

Collot (Paul), licencié ès sciences physiques et ès ciences naturelles, pharmacien de 1re classe.

Choléra. — Après son état presque stationnaire à Venise pendant quinze jours, la décroissance de l'épidémie s'est accentuée du 10 au 23 août, de telle sorte que les cas en sont rares. L'explosion qui s'était manifestée à l'hôpital civil de Trévise et dans la ville, n'a heureusement eu aussi qu'un cours momentané. L'épidémie continue à s'étendre dans le Frioul, mais sans de grands ravages. Elle persiste à Padoue avec peu d'oscillations. Le docteur Ragazzini, professeur de chimie à l'Université, en est mort le 17 août, à 74 ans. Piove est la localité la plus maltraitée de la province, et où plus de la moitié des atteints sont morts. La plupart des habitants ont fui. Immunité complète de Vicence et de la province. Vérone partageait cette immunité le 20 août, lorsque deux cas, dits *sporadiques*, ont éclaté le 22. On en signale aussi quelques-uns dans plusieurs localités de la province de Polésine. Le fléau a aussi rapidement décliné à Parme qu'il s'y était accru, et sa diffusion est lente à Trieste. Brescia se tient sur la défensive; mais Gênes est entrée dans le cercle infecté. Partout la proportion de la mortalité se maintient grave (*Gazz. med. Venete*). — Y.

BULLETINS ET MÉMOIRES de la Société médicale des hôpitaux de Paris pour l'année 1872. Tome IX, 2e série. Paris, 1873, chez Asselin, place de l'École-de-Médecine. — Prix : 5 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

URÉTHROTOMIE

MÉMOIRE SUR L'URÉTHROTOMIE;

Par le docteur NOTTA,

Chirurgien de l'hôpital de Lisieux, lauréat de l'Académie de médecine, Membre de la Société de chirurgie, etc.

Ayant eu l'occasion de pratiquer un assez grand nombre d'uréthrotomies (60 fois), j'ai pensé qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de faire connaitre les résultats que j'ai obtenus.

Les cinq premiers cas que j'ai observés ont fait l'objet d'un travail qui a paru dans l'UNION MÉDICALE en 1856 (1). A cette époque, je me servais de l'uréthrotome droit de Robert. Tous les rétrécissements que j'avais soignés alors, par un singulier hasard siégeant dans la portion pénienne de l'urèthre, cet instrument avait pu suffire; mais je ne tardai pas à reconnaitre combien il est défectueux. Lorsque, en effet, le rétrécissement a son siége dans le point où le canal change de direction, et c'est le cas le plus ordinaire, l'uréthrotome de Robert ne peut s'engager dans la portion rétrécie, ou tout au moins la franchir dans toute sa longueur, d'où il résulte une section incomplète qui peut devenir une source de difficultés pour le passage des sondes dilatatrices. J'eus alors l'idée de faire fabriquer, par Charrière, un uréthrotome qui me permettait d'arriver facilement jusqu'au col de la vessie.

C'est une sonde courbe en maillechort, aplatie afin de diminuer sa circonférence; elle forme gaine à une lame tranchante, qui, à l'aide d'un ressort, peut à volonté faire saillie à son extrémité. A 5 millimètres du bec de cette sonde est une encoche profonde qui a pour but de rendre plus sensible l'espèce de ressaut que l'on éprouve lorsqu'on a franchi le rétrécissement. Lorsque l'instrument est ouvert, entre le tranchant de la lame et le bord opposé de l'instrument il y a un intervalle de 10 à 11 millimètres.

Voici comment je procède à l'opération : Le rétrécissement est préalablement dilaté avec de petites bougies en gomme élastique. Lorsqu'on peut y introduire des bougies de 4 à 5 millimètres de diamètre, on les remplace par les sondes métal-

(1) *Études sur l'uréthrotomie.* UNION MÉDICALE, 1856, page 90.

FEUILLETON

DISTRIBUTION DES PRIX DES ÉCOLES COMMUNALES DANS UN VILLAGE DES ENVIRONS DE PARIS.

Dimanche dernier, 31 août, et malgré l'ouverture de la chasse, jour cher aux suburbains de Paris, une foule considérable se pressait dans la salle des écoles des garçons de la commune de X... C'était le jour choisi pour distribuer les prix et les récompenses aux garçons, aux filles et aux adultes des deux sexes qui fréquentent les cours du soir.

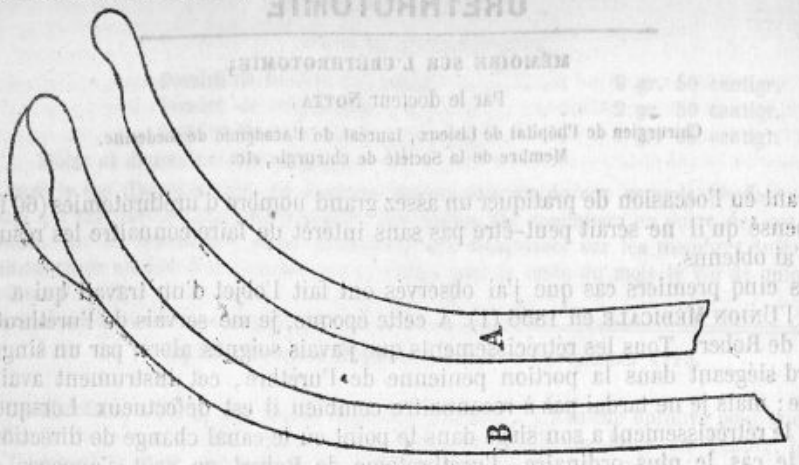
Tout le village était là, le maire en tête, escorté du Conseil municipal, le curé et toutes les personnes notables de la commune, qui brille au premier rang par les encouragements nombreux qu'elle reçoit en faveur de l'instruction primaire et par le succès constant des élèves dans les concours d'arrondissement.

Cette commune a le bonheur d'avoir un maire comme on en voit peu, intelligent, instruit, actif, zélé, dévoué, et, ce qui ne gâte rien, riche et ayant des loisirs. Peu de communes du département de la Seine ont été aussi cruellement éprouvées, et par la guerre étrangère et par la guerre civile. Aujourd'hui, grâce aux subventions obtenues par les instances du maire, tout est réparé, tout est agrandi, tout est embelli dans les établissements communaux; et les particuliers, excités par l'exemple, ont relevé de leurs ruines leurs maisons effondrées.

A cette distribution de prix, comme il le fait depuis dix ans, M. le maire a fait un discours charmant, où rien ne manquait de ce qui peut intéresser un pareil auditoire, et cet auditoire eût été sans doute très-satisfait que là se fût borné l'éloquence du cru.

Mais M. le maire ne l'a pas ainsi voulu, et il a invité un des membres de son Conseil municipal à dire aussi quelques mots à ses administrés.

liques de Béniqué, et alors, de deux choses l'une : ou l'on a affaire à un rétrécisse-



A, extrémité de l'uréthrotome, de grandeur naturelle, fermé. — B, uréthrotome ouvert.

ment souple, élastique, facilement dilatable, et on arrive progressivement aux gros numéros, le malade se trouve alors guéri par la simple dilatation ; ou bien on se trouve en présence d'un rétrécissement calleux, dont la dilatation ne peut dépasser certaines limites fort restreintes, qui varient entre 5 et 6 millimètres. Alors la voie est faite; là où la sonde Béniqué a passé, l'uréthrotome pénétrera facilement. On l'introduit comme la sonde; une sensation particulière, comme de résistance vaincue, indique que le rétrécissement est franchi; on fait alors saillir la lame, et, tendant fortement la verge, on retire l'instrument tout ouvert, en ayant soin de maintenir le tranchant de la lame sur le milieu de la face inférieure du canal de l'urèthre. Chemin faisant, tous les obstacles sont divisés d'arrière en avant; s'ils ne le sont pas tous, on réintroduit l'uréthrotome, et on recommence comme il vient d'être dit. Immédiatement après, on peut passer dans la vessie une grosse sonde métallique de 9 millimètres de diamètre. Souvent on ne peut pas, de prime abord, passer une sonde aussi volumineuse; on en prend alors de plus petites dans la série, et graduellement, séance tenante, on atteint les plus gros numéros. Il m'est

---

Ce conseiller municipal, qui a aussi l'honneur d'être médecin, s'est exécuté et a prononcé à cette occasion l'allocution suivante, où il a cherché à prévenir les parents contre les dangers d'un usage trop généralement répandu :

« Vous comprenez peu, mes chers enfants, et je ne comprends pas du tout, qu'après le beau discours que vous venez d'entendre, M. le maire ait eu la pensée de vous en infliger un autre. A toutes les raisons que j'ai d'être court et de ne pas retarder plus longtemps votre légitime désir de recevoir les récompenses dues à votre travail et à votre bonne conduite, j'ajoute celle-ci : c'est que notre honorable maire dit excellemment tout ce qu'il faut dire dans les fêtes de ce genre, et qu'il ne laisse qu'à répéter sous une forme moins heureuse que la sienne, les bons conseils, les pensées élevées et les nobles sentiments qu'il vient de vous traduire.

Il ne m'a même pas laissé le soin pieux de rappeler à votre souvenir l'homme aimable dont les petits poëmes faisaient depuis tant d'années l'ornement et le charme de nos fêtes scolaires, ce doux, bienveillant et gai vieillard, qui portait si allégrement le poids de ses 82 années, que sa mort nous a surpris et émus comme aurait fait la mort d'un jeune homme. De même qu'il vous aimait beaucoup, chers enfants, qu'il s'intéressait beaucoup à vos succès, qu'il en ..ait heureux et fier; de même vous conserverez longtemps un reconnaissant souvenir de M. Lasègue, de ce vieil et bon ami de votre enfance, qui a laissé dans notre commune comme le long et doux parfum d'une vie honorable, paisible et modeste, passée dans le culte des sciences, des lettres et de la vertu.

Eh bien, puisqu'on ne m'a laissé rien à vous dire, mes enfants, permettez-moi de m'adresser à vos parents, en leur présentant quelques courtes mais très-affectueuses réflexions.

On vient de vous rappeler, leur dirai-je, que malgré les calamités qui se sont abattues sur

arrivé trois fois, quoique les rétrécissements eussent été complétement incisés, de ne pouvoir immédiatement après introduire une sonde pleine de Béniqué.

Après plusieurs tâtonnements infructueux, je n'insistai pas, j'appliquai une sonde en gomme élastique et, le lendemain, je pus introduire avec la plus grande facilité les sondes métalliques.

Quoi qu'il en soit, après l'incision du rétrécissement, on met une sonde à demeure, et le malade garde le lit. Tous les matins, on passe les plus gros numéros des sondes Béniqué pour favoriser l'écartement des plaies de l'urèthre. Au bout de trois jours, on supprime la sonde à demeure, et le malade peut se lever; seulement, pendant dix à quinze jours environ, on lui passe tous les jours la série des sondes Béniqué, de 7 à 10 millimètres de diamètre.

Telle a été ma manière de procéder chez 60 malades. Du reste, dans ce travail, je ne ferai pas entrer en ligne de compte les cinq observations publiées en 1856, ce qui réduira les faits à analyser à 55. Chez 49 malades, j'ai employé mon uréthrotome et, chez 6, je me suis servi de l'uréthrotome de Robert; mais, comme ils agissent tous les deux de la même manière, c'est-à-dire d'arrière en avant, et après dilatation préalable et suffisante pour qu'ils puissent franchir l'obstacle, il n'y a pas lieu d'établir de catégories distinctes pour ces deux séries de faits.

Avant d'exposer les résultats que nous avons obtenus, il nous faut bien préciser quelle était la nature des rétrécissements auxquels nous avions affaire.

Les rétrécissements de l'urèthre, quels que soient d'ailleurs leur siége et leur intensité, présentent, au point de vue clinique, deux formes bien distinctes : les rétrécissements souples, élastiques, facilement dilatables, et les rétrécissements calleux. Les premiers sont traités par la dilatation : d'abord avec des bougies de gomme élastique, puis avec des sondes Béniqué, et une fois que la dilatation a été portée à ses dernières limites (8 à 10 millimètres), je donne au malade deux ou trois sondes métalliques de 7 à 8 millimètres, avec le conseil de les passer tous les quinze jours ou tous les mois, suivant le degré de rétractilité du rétrécissement. Dans la plupart des cas, cette précaution est indispensable pour éviter les récidives. Les malades s'habituent facilement à se sonder eux-mêmes avec ces grosses sondes en étain.

La seconde forme de rétrécissements comprend les rétrécissements durs, calleux, inextensibles. Comme les précédents, ils sont constitués par du tissu fibreux, inodulaire; mais, soit que ce tissu soit plus dense, soit qu'il ait subi une sorte de transformation cartilagineuse, toujours est-il qu'il est peu dilatable et qu'il est impos-

---

notre commune, votre Conseil municipal, pénétré surtout des intérêts intellectuels et moraux de vos enfants, a décrété la gratuité absolue de nos écoles. Vous n'avez donc plus aucun prétexte de vous soustraire à l'impérieuse obligation de donner à vos enfants l'instruction primaire.

Impérieuse obligation, ai-je dit, et je le répète, obligation non encore imposée par la loi, il est vrai, ce qui pourra venir, mais imposée par cette loi morale qui est au fond de toutes les intelligences saines et de tous les cœurs honnêtes; loi de soins, de sollicitude et de protection pour les enfants à qui vous devez le pain de l'âme et de l'esprit, comme vous leur devez le pain du corps. Ce sentiment, cette impulsion, si vous aimez mieux, est l'un des caractères de l'humaine espèce; car la bête, après les soins donnés à la première enfance de sa progéniture, se trouve exonérée envers elle de tout souci ultérieur. Vous appartenez au genre humain, mes chers concitoyens, et vous devez remplir toutes les conditions, tous les devoirs, toutes les charges de votre humaine nature et qui en font la dignité.

Je ne sais, je n'ai pas voulu m'enquérir s'il y a dans notre commune des parents assez oublieux de leurs devoirs pour ne pas envoyer leurs enfants à nos écoles. S'il en existe, je me plais à croire que c'est une bien petite exception, et qui s'amoindrira de jour en jour par la seule contagion de l'exemple.

Ce que je sais, et ceci n'est pas malheureusement une exception, c'est qu'en général les parents retirent trop tôt les enfants des écoles. Si je suis bien renseigné, la limite d'âge pour les écoles primaires gratuites est 13 ans. Or, il est rare, très-rare, que cette limite d'âge soit atteinte. A 11 ans, 11 ans 1/2, 12 ans, au plus, mais toujours après la première communion, les enfants sont retirés des écoles. Pourquoi?

Mon Dieu, je sais bien ce qu'on va me répondre.

sible d'y faire pénétrer des sondes ayant plus de 4 ou 5 millimètres de diamètre. Si on cesse l'usage des bougies, le rétrécissement ne tarde pas à se reproduire. D'un autre côté, laisser les malades introduire eux-mêmes de petites bougies dans un canal tortueux, souvent irrégulier, c'est les exposer au danger des fausses routes. Il est donc de toute nécessité de transformer ces rétrécissements en ceux de la première catégorie, c'est-à-dire en rétrécissements extensibles; tel est le but de l'uréthrotomie telle que nous la pratiquons.

Reybard cherchait, en incisant toute l'épaisseur du rétrécissement, à obtenir une guérison définitive, c'est-à-dire une cicatrice souple, large, non rétractile. L'incision faite avec notre uréthrotome, sans être aussi profonde que celle de Reybard, divise les tissus de manière à permettre l'introduction immédiate d'une sonde de 10 millimètres; la cicatrice obtenue, tout en étant souvent rétractile, n'empêche pas le malade de se sonder lui-même avec des sondes de 7 à 8 millimètres, c'est-à-dire de pratiquer un cathétérisme exempt de danger.

Tous les rétrécissements que nous avons opérés dataient de plusieurs années, quelques-uns remontaient à vingt et trente ans. Cinq fois ils avaient donné lieu à des infiltrations urineuses étendues, avec sphacèle des bourses, dénudation des testicules; une fois même l'infiltration urineuse avait remonté jusque sur le côté gauche du thorax. Nous rapporterons cette observation comme type de ces cinq cas, les plus graves que nous ayons rencontrés.

Obs. I. — *Rétrécissement de l'urèthre. — Infiltration urineuse remontant jusqu'à l'aisselle droite. — Gangrène du scrotum. — Uréthrotomie. — Guérison.*

C... (Ferdinand), âgé de 38 ans, cordonnier, entre le 19 juin 1871 à l'hôpital de Lisieux.

Cet homme est d'une très-bonne constitution. A 14 ans, il contracte une première chaudepisse qui se complique d'orchite; elle est traitée par les injections, et finit par guérir après avoir duré deux ans et demi. Dès l'âge de 17 ans, il remarque que le jet de l'urine est déjà moins gros et s'échappe en tournoyant.

A 19 ans, seconde chaudepisse qui dure trois mois; est traitée par des injections de nitrate d'argent et de pierre divine.

A 20 ans, troisième blennorrhagie qui se complique d'hémorrhagies par l'urèthre pendant trois semaines; est traitée par la potion de Chopart et des injections, et guérit au bout de neuf mois.

A 31 ans, quatrième chaudepisse traitée par les injections; elle dure dix-huit mois. Le jet de l'urine diminue de volume; il devient filiforme. Depuis quatre ans, le malade est sujet

---

Les parents qui envoient leurs enfants aux écoles primaires, sont en général des familles vivant uniquement de leur travail, de petits industriels, de petits commerçants, de petits cultivateurs. L'élève des enfants a été pour ces familles une charge très-lourde; elles ont hâte de demander à leurs enfants un allégement à leurs sacrifices, et cet allégement elles ne peuvent le trouver que dans la participation de leurs enfants au travail quotidien qui donne le pain quotidien.

Ces motifs paraissent péremptoires à beaucoup d'entre vous; eh bien, voulez-vous me permettre de vous le dire, mes chers concitoyens? A tous les points de vue vous faites un mauvais calcul, vous nuisez aux intérêts de vos enfants, vous nuisez à vos intérêts propres. C'est au nom de l'hygiène et de la physiologie, que je vous demande la permission de vous dire qu'il est imprudent et dangereux de soumettre trop tôt les enfants à des travaux qui exigent des efforts et l'emploi de forces musculaires trop grandes. Vous détournez, vous faites avorter ces forces au moment même où la nature les prépare pour un avenir prochain. Une loi prévoyante, et que l'Assemblée nationale vient récemment de modifier et de compléter, défend aux parents de laisser entrer les enfants dans les manufactures avant un âge déterminé pour les deux sexes. Vous comprenez tous le but de cette loi protectrice et morale, et si malheureusement le législateur n'était pas souvent obligé de faire fléchir les principes devant les exigences des situations, cette limite d'âge eût été plus reculée encore.

Chers concitoyens, à quelque profession, exercice ou métier que vous destiniez vos enfants, croyez-en la nature, croyez-en la science, ne les faites entrer dans la vie laborieuse et pénible que lorsqu'ils auront atteint au moins l'âge de 15 ans. Avant cette époque, vous les débilitez, vous empêchez leur développement, vous les rendez tributaires de toutes les causes nocives, et susceptibles de contracter des maladies terribles : la phthisie pulmonaire, qui

à des rétentions d'urine qui surviennent après un excès de boisson ou de fatigue. Alors il se couche, boit de la tisane de queues de cerises, et le cours des urines se rétablit.

Depuis cinq ans, les désirs sexuels ont beaucoup diminué, et, depuis six mois, il est complétement impuissant. Enfin, le 17 juin, il est pris de rétention d'urine; mais, cette fois, l'urine ne reprend pas son cours, et, le 19 juin, il entre à l'hôpital. A ce moment, la verge est tuméfiée et a le volume du bras; les bourses sont violacées et grosses comme un chapeau. Une incision pratiquée sous les bourses donne issue à de l'urine.

Le 1er juillet, je prends le service de l'hôpital, et je trouve le malade dans l'état suivant : Les bourses, grosses comme les deux poings, infiltrées d'urine, sont gangrenées; la verge est tuméfiée et présente sur sa face dorsale une large eschare; toute la peau, de l'hypogastre et du côté droit de l'abdomen jusqu'au niveau des fausses côtes, et de la partie latérale droite du tronc, depuis l'aisselle jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la crête iliaque, est décollée et parsemée çà et là d'eschares, dont la plus considérable, située au niveau de la crête iliaque, est grande comme la paume de la main. L'urine s'écoule le long de ces eschares et par une plaie située derrière les bourses.

Je pratique immédiatement de larges incisions sur la partie latérale du tronc, sur l'abdomen et sur les bourses. Il s'écoule par ces plaies une immense quantité de pus mélangé d'urine. (*Régime très-tonique : côtelettes; vin de quinquina. — Cataplasmes.*)

Les jours suivants, les eschares se détachent; les plaies se détergent et fournissent une abondante suppuration; les testicules sont mis à nu.

Le 20 juillet, j'introduis une petite bougie dans la vessie et je la fixe à demeure.

Le 10 août, les plaies de l'abdomen se cicatrisent; l'urine n'y passe plus; les testicules commencent à se recouvrir avec la peau des parties voisines, qui est attirée sur eux par la rétraction du tissu de cicatrice; la bougie, fixée à demeure dans le canal, est remplacée par une petite sonde, et désormais toute l'urine s'écoule par cette voie. Pendant les derniers jours d'août, on pratique le cathétérisme avec des sondes métalliques de 5 à 6 millimètres. Au niveau de la portion sous-pubienne de l'urèthre, on sent un rétrécissement dur, calleux, qui ne peut être dilaté au delà de 6 millimètres.

Le 1er septembre, il ne reste plus qu'une plaie en voie de cicatrisation au-dessus de la crête iliaque droite, et une petite plaie au niveau des bourses. On pratique l'uréthrotomie. L'instrument est appliqué à trois reprises différentes et parcourt tout ouvert toute la longueur du canal de l'urèthre. Une sonde à demeure est fixée dans la vessie, et les jours suivants on pratique tous les matins le cathétérisme avec des sondes de 8 à 10 millimètres. Le malade n'a aucune fièvre. Au bout de trois jours on supprime la sonde à demeure, et il se lève. On continue le cathétérisme les jours suivants, et le 19 septembre il sort parfaitement guéri.

Toutes les plaies sont cicatrisées, seulement il reste une fistule urinaire à la partie postérieure des bourses; pendant la miction, elle donne passage à quelques gouttes d'urine. Le

---

entre pour un cinquième dans la mortalité générale de l'espèce humaine, la fièvre typhoïde, la peste de nos climats.

De fait, et voici qui va vous frapper, mes chers auditeurs : savez-vous quel est l'âge où, en France, la mortalité est le plus élevée, après, bien entendu, la mortalité du premier âge? Eh bien, c'est la période de la vie comprise entre 15 et 25 ans, c'est-à-dire la période de la force et de la fécondité. Et pourquoi? Tous les statisticiens sont d'accord sur ce point, c'est parce qu'on demande à l'enfance et à l'adolescence un travail hâtif et trop dur qui ne conduit qu'à une jeunesse maladive et sans résistance contre les causes de la mort.

Savez-vous encore que tous ceux qui s'occupent de l'avenir de notre pays voient avec une douloureuse émotion que le nombre des réformes pour le service militaire, par cause de débilité, de maladies ou d'infirmités, augmente tous les ans, et cela, toujours parce qu'on a exigé des enfants un travail excessif et au-dessus de leurs forces?

Voilà des considérations qui doivent vous toucher, chers parents, parce qu'après tout vous aimez vos enfants et ne demandez qu'à être éclairés sur la direction à leur donner.

Maintenant, ajouterai-je, vous retirez vos enfants des écoles au moment même où, après avoir vaincu les premières difficultés, toujours les plus rebutantes, ils prenaient plaisir à s'instruire, ils trouvaient de l'attrait et du charme dans l'étude, et ne demandaient pas mieux que de poursuivre leur instruction au moins jusqu'aux limites imposées par les règlements. Et c'est ce moment que vous choisissez pour leur retirer l'aliment de l'esprit! Cultivateurs imprévoyants, vous coupez votre blé en herbe, sans attendre que le soleil ait mûri et doré ses épis.

Car, qui peut nous dire que dans cette collection de jeunes intelligences, que le zèle et le dévouement de leurs instituteurs et institutrices éveillent au sentiment de l'instruction, qui peut nous dire qu'il n'y a pas là l'étoffe de quelque grand esprit futur, et qui sera l'honneur

malade continue à se passer des sondes de 8 à 9 millimètres tous les huit jours, et au bout de trois mois la fistule urinaire se ferme pour ne plus se rouvrir.

Aujourd'hui, 25 décembre 1872, la santé est excellente, l'embonpoint est revenu, les érections ont reparu et les rapports sexuels sont normaux. Deux ou trois fois par mois il se passe une sonde de 8 millimètres et elle pénètre facilement dans la vessie. Il porte sur l'abdomen, les bourses et la verge, de larges et nombreuses cicatrices; sur le ventre on en compte neuf, et sur le flanc droit, au-dessus de la crête iliaque, il y a une cicatrice grande comme la paume de la main, qui a dans le sens vertical 20 centimètres de longueur.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIOLOGIE

RECHERCHES SUR L'IMPORTANCE DES ÉTUDES PHYSIOLOGIQUES POUR LES PROGRÈS DE LA PHILOSOPHIE ET DE LA SOCIOLOGIE;

Analyse d'un mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 26 août 1873,

Par M. le docteur BELHOMME.

M. Belhomme reconnaît que cette question, d'une vaste étendue, demanderait toute la science et l'expérience d'un homme plus habile que lui, et surtout plus habitué à traiter ces sortes d'étude; l'entreprendre est chose bien hardie, aussi réclame-t-il l'indulgence de l'Académie.

L'étude de la physiologie est celle de la vie et des centres organiques de nos fonctions. Son importance est grande pour approfondir les arguments philosophiques qui en découlent et qui conduisent tout naturellement à l'examen de la sociologie, la civilisation, qui désigne les progrès sociaux en rapport avec les besoins de l'homme.

La physiologie est l'étude des centres organiques; la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort, suivant Bichat. On la définit aussi : l'ensemble de phénomènes qui se succèdent pendant un certain temps dans les corps organisés.

La vie suppose la sensibilité, car, qui ne sent pas ne vit pas. Bichat a reconnu deux sensibilités : la sensibilité animale, et la sensibilité organique et végétative.

A la première se rapportent nos sensations, nos relations extérieures et volontaires; à la seconde, la sensibilité obscure qui préside à nos fonctions intérieures, nutritives et involontaires. Cette distinction est exacte, car nous n'avons pas d'influence sur nos mouvements vitaux, et nous ne pouvons arrêter les battements du cœur, qui fonctionne même pendant le sommeil.

Après avoir jeté ces premières bases physiologiques, M. Belhomme examine rapidement nos

---

et l'orgueil de son pays par son illustration ou dans les sciences, ou dans les lettres, ou dans les arts, ou dans l'industrie? Ils ne sont pas rares les grands hommes et les femmes célèbres qui, des conditions les plus humbles, se sont élevés aux sommités sociales; et cela parce qu'ils ont été placés dans des milieux favorables à leur développement.

Chers concitoyens, les circonstances sont graves, le moment est solennel, et nous devons tous nous préoccuper de l'avenir de notre patrie si douloureusement éprouvée. Vous me pardonnerez donc de vous avoir tenu aujourd'hui un langage un peu austère, il est seul en situation, et je termine en vous disant :

Parents, une grande responsabilité vous incombe; la France, pour réparer ses malheurs, pour les venger un jour, a besoin de tous ses enfants; elle a besoin que tous ses enfants soient forts, robustes et instruits; il faut donc que tous nous concourions et d'esprit, et d'action, et de cœur, à diminuer la mortalité du premier âge et de l'âge de la fécondité; il faut que tous nous dirigions nos efforts à rendre nos enfants sains et vigoureux; il faut que tous nous cherchions à étendre et à développer leur instruction; il faut que tous nous contribuions à rendre à notre belle France, avec l'aide de Dieu, sa force, son prestige et sa prépondérance. »

Éphémérides Médicales. — 6 SEPTEMBRE 1781.

Séance publique de la Faculté de médecine de Paris : Pajon de Moucets lit un mémoire sur le *ver solitaire*; — De la Servolle lit l'éloge de Lieutaud; — Morisot des Landes raconte l'empoisonnement des Jacobins de la rue Saint-Jacques par le vert-de-gris; — Le Preux fait l'éloge de Bertrand; — Philip, celui de Busson, premier médecin de la comtesse d'Artois. On propose ensuite, pour l'année 1782, ce sujet de prix : *Décrire le rachitis, exposer ses différences, ses causes, son traitement*, etc. — A. Ch.

principales fonctions ; deux classes de fonctions existent ; la première se rapporte à la conservation de l'individu et la seconde préside à la conservation de l'espèce.

M. Belhomme examine les fonctions chez les animaux mammifères et les compare constamment aux fonctions de l'homme ; c'est un moyen de prouver que l'organisation de l'homme étant la plus complète, ses fonctions sont aussi plus parfaites.

Chez l'homme, les fonctions de relation sont plus étendues que chez les animaux ; cette complexité est en rapport avec ses besoins sociaux.

Arrivant aux fonctions de l'entendement, l'auteur prouve que c'est ici que la physiologie est nécessaire à la philosophie, et que la philosophie ne peut se passer des explications de la science.

En effet, peut-on dire exclusivement que l'intelligence vient du cerveau, ou bien l'intelligence est-elle toute divine et en dehors de la matière ?

L'auteur ne veut pas rouvrir les discussions interminables des spiritualistes et des matérialistes, mais il veut établir la philosophie sur le progrès des sciences, à l'imitation de Galilée, le père de la philosophie expérimentale. Au point de vue physiologique, le cerveau est l'organe de la pensée ; car, sans cerveau, point de vie ; l'intégrité de cet organe est nécessaire.

L'étude des maladies mentales prouve également que la folie, ou l'aberration des facultés intellectuelles, a lieu principalement chez des individus à cerveau vicieusement organisé.

Un dernier argument, qui lui paraît le plus concluant, c'est que l'âme ne peut devenir malade ni mourir ; donc l'altération de l'intelligence, dans la folie, doit dépendre du cerveau, qui peut seul être malade.

Viennent ensuite les explications psychiques, pour faire l'histoire de l'aliénation mentale.

Comment naissent les fonctions de l'entendement ? Les animaux et l'homme ont des sensations, ces sensations donnent les idées, et les idées réunies et comparées forment le raisonnement.

Les animaux et l'homme sont doués de mouvement et se rapprochent des objets de sensations. La voix est le moyen de transmission des êtres ; la parole et le langage sont le propre de l'homme surtout, car il n'est pas prouvé que les animaux n'aient pas une sorte de langage. L'homme a inventé l'écriture et l'imprimerie, ce qui fait que les générations se transmettent des documents de toute nature.

La science est née de ce concours d'efforts intellectuels.

La philosophie est la science de la sagesse, de la justice, de l'équité, et l'on voit par quel enchaînement l'homme s'est placé à une distance immense des animaux, qui sont soumis à leurs instincts. La civilisation est le résultat des progrès philosophiques, d'où dépendent les améliorations introduites successivement.

Pendant des siècles les philosophes ont erré dans la métaphysique ; aujourd'hui, la vraie philosophie est la philosophie positive, qui repose sur les faits et les vérités scientifiques.

Le grand mobile de la vie est le système nerveux ; ce vaste réseau tient sous sa puissance toutes les relations organiques, mais il y a un point central, une unité, à laquelle viennent aboutir toutes nos sensations, et d'où partent nos volitions. C'est le cerveau, organe symétrique et parfaitement harmonisé, pour que les phénomènes précités se passent régulièrement ; les nerfs respiratoires font mouvoir le thorax ; les nerfs du cœur donnent à cet organe son impulsion contractile d'où dépend la circulation et le transport du sang dans les organes. Les nerfs pneumo-gastriques président à la digestion, et le grand sympathique à la nutrition. Les nerfs sensitifs transmettent les sensations dont on a besoin pour les relations volontaires ; il en est de même pour les nerfs moteurs, causes de nos mouvements.

Les progrès philosophiques datent de l'époque où les sciences sont devenues positives. Harvey, Galilée, Descartes, Condillac, enfin, Gall, ce puissant philosophe ; MM. Cousin, Auguste Comte, et tant d'autres savants de notre époque, ont dévoilé ce que la pneumatologie et la métaphysique maintenaient sous le boisseau.

Les sciences physiques nous ont appris que le Créateur a établi certaines lois qui sont immuables : l'attraction est toujours de l'attraction ; la chimie a dévoilé bien des mystères ; l'affinité d'une substance sur une autre est chose accomplie ; la géologie, enfin, a éclairé aussi les hommes sur l'âge de la terre et ses cataclysmes. Que de notions anciennes ont été renversées par l'examen des fossiles qui prouvent que les animaux primitifs de la terre étaient d'une forme gigantesque ; quel horizon pour le philosophe qui ne reste pas terre à terre avec les idées anciennes et mystiques !

La physiologie a une conséquence très-grande sur la philosophie, elle a prouvé que la multiplicité des fonctions dépend de la complexité de l'organisation ; l'homme ne doit sa supériorité sur les animaux que par sa perfectilité. La philosophie nous conduit tout naturellement à l'examen des problèmes sociaux. L'homme civilisé a augmenté son bien-être et contribué aux améliorations sociales des peuples sauvages.

L'homme civilisé se nourrit d'aliments choisis et bien préparés, il sait porter des vêtements chauds, il sait tirer partie de la laine, du coton, et c'est à ces soins hygiéniques qu'il doit sa bonne santé et quelquefois sa longévité.

Jetons, dit l'auteur, un coup d'œil sur l'amélioration des races animales. Les éleveurs de bestiaux ont bien soin de croiser les races pour les améliorer; les Anglais sont nos maîtres en ce genre, ils savent unir, en les croisant, les chevaux, les bœufs, les moutons, et sont parvenus à une amélioration manifeste dans les produits; en France, les éleveurs concourent chaque année pour les prix établis par le gouvernement.

Quelle conséquence devons-nous tirer de ces exemples de perfectionnement des espèces animales? C'est que la race humaine n'est pas suffisamment surveillée dans ses rapprochements sexuels. La science vient encore s'interposer dans cette haute question; ne devrait-on pas porter une grande attention à propos du mariage? L'auteur cite la transmission malheureuse des conditions héréditaires. Chez les crétins des vallées du Valais, dans les Alpes et de même dans les Pyrénées, on ne fait pas assez attention aux mariages des crétins, qui produisent des crétins comme eux. Si l'on a soin de croiser ces races abjectes, si l'on a assaini les habitations, si l'on transporte au haut des montagnes les habitants des vallées, on voit un changement favorable s'opérer dans ces races si peu privilégiées de la nature.

Il faut donc que les gouvernements étudient les conditions génératrices, et fassent en sorte que les alliances soient soumises au contrôle des hommes de science et aux médecins. Descartes l'a dit : *S'il est possible de perfectionner l'espèce humaine, c'est dans la médecine qu'il faut en chercher les moyens.*

Pour les progrès de la sociologie, il faudrait croiser les races humaines, il faudrait tenir compte de la constitution des sujets à marier; il faudrait autant que possible empêcher que les gens de la même caste, de la même religion, tels que les juifs, pussent s'unir entre eux; il faudrait que certaines familles nobles tinssent moins à leur noblesse, et qu'un vigoureux campagnard pût s'unir avec une compagne de la ville, faible et délicate; alors seulement vous améliorerez la race humaine.

Les familles devront faire attention aux conditions physiques et morales de leurs enfants; s'ils veulent leur bonheur, il faut s'assurer si les conjoints vivront en bonne intelligence; il faut tenir compte aussi de l'hérédité des maladies. L'auteur déclare combien seront difficiles les applications de ces idées, de ces conseils, mais il faut les vulgariser.

Abordons, dit l'auteur, la haute question de sociologie par rapport aux fonctions intellectuelles. La philosophie positive, basée sur la science, admet que l'homme a des déterminations intellectuelles supérieures à celles des animaux, et qu'il est entre eux un espace infranchissable par rapport à l'intelligence; cependant on observe chez les animaux des actions réfléchies qui dépendent de l'éducation qui leur est donnée par l'homme. On voit des chiens exécuter ponctuellement ce que veut le maître, mais il agit souvent par habitude et par la répétition des mêmes actes. Chez l'homme, la réflexion est plus étendue, il peut se replier sur lui-même et conserver le souvenir des actes antérieurs, son intelligence est éclairée par le passé, ce qui le guide dans l'avenir.

Posons ici une question. Une intelligence étant donnée, à quel degré d'éducation pourra-t-elle s'élever? L'éducabilité est pour ainsi dire le thermomètre de l'intelligence; l'homme est essentiellement éducable, son intelligence va jusqu'à la conception, jusqu'au génie, et il peut créer, inventer, perfectionner.

Avec ces conditions de supérorité, que peut-on faire pour la sociologie? Il faut instruire les hommes, il faut les civiliser par l'éducation; tous les efforts de l'humanité doivent tendre vers ce but.

L'éducation est le moyen civilisateur, et vous ferez des hommes meilleurs, parce qu'ils seront plus éclairés.

C'est alors seulement, ajoute l'auteur, que vous désarmerez les méchants qui veulent le renversement de l'ordre pour s'élever sur ses débris.

La république, dit-on, est la puissance du peuple, mais ce peuple n'est puissant qu'autant qu'il est raisonnable et instruit; en sommes-nous arrivés là? Non! il faut que la sociologie, qui a pour but la civilisation, nous rende dignes de la république!

Le vrai républicain doit être un homme juste par excellence, il doit respecter la loi; il doit être dévoué à son pays, désintéressé, charitable et bon chrétien.

L'auteur examine tous les moyens d'éducation actuels; il prend l'enfant au berceau, il rappelle tous les premiers soins qu'exige l'enfance; il veut qu'il reçoive de sa famille de bons exemples; il faut que les principes religieux lui soient donnés pour aimer le bien et éviter le mal. Si, ajoute M. Belhomme, on pouvait exiger tous les soins d'éducation physiques et moraux, l'homme deviendrait par la suite des temps l'exemple de toutes les vertus; mais, ajoute-t-il, il y a des enfants réfractaires à toute éducation et qui, souvent, persistent dans le mal;

il y a les enfants vicieusement organisés, qui deviennent des mauvais sujets ou des aliénés. Que de fois ne voit-on pas des aliénés qui ont été des enfants gâtés ou réfractaires à l'éducation ! Georget, dans le *Dictionnaire de médecine*, signale les enfants gâtés comme prédisposés à l'aliénation mentale ; ces enfants indisciplinables deviennent, à l'âge de 18 à 20 ans, insupportables pour vivre en société ; ils sont rejetés de tous côtés et finissent par se tuer ou deviennent fous.

Toute civilisation a donc pour base la bonne éducation physique et morale ; l'instruction doit en être la conséquence, et les hommes éclairés sur leurs véritables intérêts devraient éviter les perturbations révolutionnaires qui arrêtent le progrès et souvent font rétrograder les institutions humaines.

La civilisation se développe aussi par les bonnes institutions et les lois équitables. Ces institutions et ces lois doivent être faites par la portion intelligente et instruite de la nation, il faudrait que les populations fussent assez éclairées pour ne nommer législateurs que des hommes d'une capacité reconnue.

Dans ces derniers temps, de prétendus sauveurs de l'humanité ont émis des théories qu'il n'est pas de notre devoir d'examiner, mais seulement d'indiquer ; on a parlé de socialisme, qui consiste à anéantir la propriété et la famille, en disant que c'est pour le bonheur de tous.

Ces théories sont trop absurdes pour être discutées. Finissons promptement ces réflexions sur la sociologie, qui n'est que l'art de former les hommes et de les rendre instruits, civilisés.

Certains philosophes politiques ont dit que l'insurrection était un devoir ; jamais il ne doit y avoir d'insurrection qui entraîne l'homme au désordre et à des monstruosités dont nous avons été témoins tout récemment.

Il faut que les législateurs fassent de bonnes lois, et que le bien-être soit réparti dans toutes les classes de la société ; il faut aussi rappeler avec Montesquieu : « Faites tout pour le peuple et rien par lui. »

De ce qui précède, on peut conclure :

1° La science physiologique est nécessaire pour la connaissance de nos fonctions physiques et morales ;

2° La philosophie est subordonnée à la science, parce qu'elle n'a de valeur que par la connaissance approfondie des faits d'observation ;

3° Pour prévenir de nouvelles perturbation, il faut un gouvernement ferme, qui favorise la religion et les principes d'équité et de justice.

BIBLIOTHÈQUE

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU DE PARIS, par A. Trousseau, professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris, etc., etc. Quatrième édition, publiée par les soins de M. Michel Peter, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, accompagnée du portait de Trousseau. Paris, 1873. Trois forts volumes in-8° de 904, — 850, — et 862 pages. J.-B. Baillière et fils.

Il me paraît indispensable de reproduire ici les principaux passages de l'*avertissement* qui précède cette édition. Ils répondent à plusieurs questions que les lecteurs seraient en droit de formuler après avoir lu le titre transcrit plus haut. « Mon illustre maître Trousseau, qui, de son vivant, dit M. Michel Peter, m'avait déjà chargé de la publication de la troisième édition de la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, m'a, par une de ses dernières volontés, expressément désigné pour publier les éditions ultérieures de cet ouvrage, et y faire les additions que nécessiterait la marche de la science..... Ce n'est cependant qu'avec un pieux respect que j'ai touché à l'œuvre de Trousseau ; modifiée dans quelques détails seulement, elle conserve intacte son originalité saisissante.

« Dans l'avertissemeut de la seconde édition, Trousseau rappelait que MM. Léon Blondeau, Dumontpallier et Peter « avaient pris tous trois à son travail une part autre que celle de la rédaction pure et simple ; qu'ils l'avaient aidé dans ses recherches et souvent lui avaient laissé l'honneur de travaux fort intéressants dont ils avaient fait en quelque sorte le sacrifice. »

« Il eût été injuste, ajoute M. Michel Peter, de ne pas reproduire ici ce témoignage du maître qui n'est plus. »

Suit l'énumération, d'ailleurs considérable, des points sur lesquels portent les principales additions faites au texte primitif, avec l'indication des pages où ont été introduites ces additions. J'aurais désiré, je l'avoue, que M. Michel Peter complétât cette indication en montrant, par un signe typographique [par une parenthèse ou crochet], tous les passages interpolés. Cela s'est fait pour plusieurs ouvrages, et il me semble que c'est une bonne chose. Que M. Michel Peter me permette de lui dire toute ma pensée. L'œuvre de Trousseau a une valeur

propre que rien ne saurait diminuer; et puisque lui-même, avec cette loyauté qui était un des traits de son caractère, a voulu avertir le public que ses élèves lui avaient « laissé l'honneur de travaux fort intéressants », il serait, je crois, opportun de spécifier quels sont ces travaux. N'est-il pas toujours bien, et à tous les points de vue, de faire, autant que possible, la part de chacun? Cette œuvre de justice distributive plaira, j'en suis convaincu, à M. Michel Peter. Elle est, en effet, de nature à satisfaire à la fois la générosité de son esprit et sa piété envers la mémoire de son maître bien-aimé.

Puisque j'en suis aux *desiderata*, je recommande à l'attention de l'éditeur la table générale placée à la fin du troisième volume. Souvent l'indication de renvoi à tel ou tel volume manque. Ça n'est rien; mais c'est en soignant les « riens » qu'on approche de la perfection.

Cela dit, je n'ai plus absolument que des éloges à donner, non à l'œuvre même de Trousseau qui est connue et qui a été appréciée comme il convient, mais au travail de M. Michel Peter, qui a su la parfaire en la maintenant au niveau des acquisitions les plus récentes de la science. La *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* résume non-seulement la vie scientifique du professeur qui, pendant plus d'un quart de siècle, a groupé et retenu autour de sa chaire un immense auditoire; elle est encore un monument qui marque le niveau de la science pathologique et de l'art médical à notre époque.

On ne peut, à propos de la quatrième édition d'un pareil ouvrage, que présenter quelques remarques générales. Il en est une qui m'a surtout frappé. J'ai eu, étant étudiant, l'honneur et le plaisir de suivre longtemps les visites de Trousseau à l'hôpital. Il était alors professeur de thérapeutique et de matière médicale. Les critiques que nous lui adressions, entre nous, visaient surtout sa tendance à être polypharmaque et sa propension à trop généraliser, à ériger trop facilement en lois des faits particuliers. Ces critiques tombent devant l'œuvre clinique que nous avons aujourd'hui sous les yeux. Sans doute, Trousseau indique encore un grand nombre de remèdes pour chaque état morbide; il se complaît à dénombrer toutes les ressources que l'on peut trouver dans la thérapeutique. En face de la clientèle de ville, il est bon et profitable de n'être jamais pris au dépourvu et de savoir indéfiniment varier les prescriptions. Que de médecins dont le succès n'a pas d'autre motif que celui-ci : il sait formuler! Mais on peut dire que le professeur de thérapeutique s'est effacé, comme il convenait, pour faire place au clinicien qui, seul, est en scène dans l'ouvrage dont nous nous occupons. C'est bien un professeur au lit du malade, cherchant, ainsi qu'il le doit, à dégager les lois générales de l'infinie variété des espèces qui passent sous ses yeux; mais sachant qu'il doit prendre corps à corps chacune de ces espèces, et y appliquer toute son attention et toute la sagacité d'observation que la nature lui a départie. Le pathologiste et le pharmacologue s'attachent aux points de contact, aux ressemblances; tandis que le clinicien, au contraire, doit mettre en relief les différences qui donnent, pour chaque individu malade, un caractère propre à la maladie.

Les méthodes dont ils relèvent les uns et les autres n'ont pas grand'chose de commun. Le dernier regarde, enregistre et décrit. Moins il y met du sien, comme on dit, mieux cela vaut. Les premiers interprètent les phénomènes et s'efforcent d'en découvrir les causes et les rapports. Leur besogne, pour si utile qu'elle soit à l'époque où elle se produit, est fatalement caduque, l'interprétation qui lui sert de base variant au fur et à mesure que progresse la connaissance de la physiologie.

Il est, à cet égard, une grande expérience qui se continue à travers les siècles, et qui est à peu près perdue pour tout le monde. Elle est cependant bien claire et bien décisive. Tout livre de médecine ancien, — pour ne parler que du temps passé, — se compose de deux parties : une partie descriptive et une partie dogmatique qui comprend la thérapeutique. La première est toujours bonne; elle est quelquefois admirable; les descriptions hippocratiques sont aussi vraies, aussi actuelles, après deux mille ans, que si elles étaient d'aujourd'hui. Nous voyons avec Hippocrate, et comme lui, ce qu'il a vu et ce dont il nous a transmis le tableau. — La seconde, au contraire, nous paraît ridicule, absurde, fausse de tous points et bien propre à justifier l'anathème de Bichat. Je n'insisterai pas sur les causes d'une si prodigieuse différence qui se remarque, à toutes les époques, entre les parties de l'œuvre d'un même auteur. Je les ai suffisamment indiquées dans les lignes qui précèdent. Ce que je veux constater, c'est qu'il semble que Trousseau en ait eu conscience en écrivant la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Lui, qui avait une propension si marquée à interpréter, à expliquer, à *théoriser*, et qui le faisait avec une facilité si séduisante, il a eu le courage et le rare bon sens de s'attacher surtout à la partie descriptive et vraiment clinique de son enseignement. Peut-être a-t-il été soutenu dans cette résolution par les idées mêmes qu'il professait sur l'empirisme et qu'on lui a tant de fois reprochées. Toujours est-il qu'il a mieux fini qu'il n'avait commencé, et que son œuvre dernière, débarrassée autant que possible des hypothèses systématiques, durera aussi longtemps que la pathologie n'aura pas changé.

Dans un prochain article, je terminerai les réflexions qu'a provoquées en moi la lecture du livre de Trousseau.

Dr Maximin LEGRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

La note de M. Quinquaud, sur les variations de l'hémoglobine dans la série zoologique, note que nous avons signalée dans le précédent *Bulletin*, peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° La diminution progressive de la quantité d'hémoglobine contenue dans le même volume de sang suit en général les degrés de l'échelle animale; toutefois, le sang des primates n'est pas celui qui en contient le plus.

2° Le sang des animaux jeunes est moins riche en hémoglobine que celui des adultes; dans beaucoup d'espèces, le sang placentaire renferme au moins autant d'hémoglobine que le sang de la circulation générale. Dans la vieillesse, le chiffre de l'hémoglobine diminue. Ainsi, la courbe des variations de l'hémoglobine serait représentée par une première période légèrement décroissante, qui correspondrait aux premiers jours de la vie extra-utérine, puis la courbe, se relevant, deviendrait ascendante chez l'enfant, et resterait horizontale pendant l'âge adulte (de 25 à 50 ans chez l'homme), pour décroître lentement chez le vieillard.

3° Le chiffre de l'hémoglobine, chez les oiseaux, est de beaucoup inférieur à celui des mammifères, pour un même volume de sang; néanmoins, le poids des globules est un peu plus fort chez les oiseaux que chez les mammifères; mais les globules de ceux-ci contiennent trois fois moins de substance albumineuse.

4° Dans la série animale, l'influence du sexe est également à noter : en général, les femelles ont moins d'hémoglobine que les mâles.

5° La lymphe des crustacés renferme de 4 à 5 centimètres cubes d'oxygène pour 100, tandis que l'eau ordinaire contient, à son maximum de saturation, en plein hiver, 1 centimètre cube pour 100, et en été 6/10 de centimètre cube seulement.

Chez l'homme, la proportion d'hémoglobine est de 127,7 pour 1,000 parties de sang; chez la femme, de 108,8; chez le vieillard, de 94,6. La proportion de l'oxygène, pour 100 parties de sang, est, chez l'homme, de 27; chez la femme, de 23, et chez le vieillard, de 20.

Nous avions signalé aussi une note de M. Rabuteau, concernant les variations de l'urée sous l'influence de la caféine, en réponse aux expériences contradictoires de M. Roux, dont nous avons parlé il y a quelques semaines. Mais, après avoir lu le texte de la communication de M. Rabuteau, nous devons constater simplement que les expériences de M. Rabuteau et de son ami Eustratiadès, de Smyrne, montrent que l'usage du café et du thé diminue la quantité d'urée dans les urines et abaisse le chiffre des pulsations du cœur. Les expériences de M. Roux montraient le contraire. Comment cela se fait-il? Nous n'en savons rien, et c'est parce que M. Rabuteau ne le sait pas davantage que nous lui donnons seulement acte de la déclaration suivante : « M. Roux, dit-il, a trouvé une augmentation de l'urée, mais il est bon de noter que cette augmentation n'a été que passagère, ce qui me donne lieu de croire que M. Roux arrivera sans doute aux mêmes résultats que nous dans les expériences qu'il se propose de continuer, et que je me propose moi-même de reprendre en dosant non-seulement l'urée, mais l'acide carbonique. Il y a une inconnue ou plutôt un facteur que ces recherches, entreprises de part et d'autre, feront trouver pour expliquer la différence des résultats. Enfin, je ferai remarquer, au sujet de l'élimination de l'urée, que, en 1868 et 1869, j'avais fait des expériences démontrant qu'il n'y avait aucune relation entre la quantité totale d'urine rendue et la quantité d'urée éliminée en un jour, et que, de plus, l'élimination des sulfates était, à l'état normal, indépendante, comme celle de l'urée, de la masse des urines. »

M. le docteur Decaisne, à propos de la fièvre de foin (*hay asthma*), adresse une intéressante note que nous reproduirons prochainement. — M. L.

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE LES SYPHILIDES ULCÉRÉES. — LANGLEBERT.

Teinture d'iode	5 à 10 grammes.
Iodure de potassium	1 gramme.
Eau distillée	100 —

F. s. a. une solution avec laquelle on imbibera de la charpie, qui sera placée ensuite sur les ulcérations plus ou moins étendues occasionnées quelquefois par les syphilides humides. N. G.

COURRIER

LE BUDGET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE POUR 1874. — La direction de l'Assistance publique vient de soumettre au préfet de la Seine son projet de budget pour l'exercice 1874. Cette Administration, jouant aujourd'hui dans notre société un rôle des plus importants, nous croyons être agéable à nos lecteurs en mettant sous leurs yeux une analyse succincte de ce document, très-intéressant sous bien des rapports.

Le budget, qui avait été arrêté en 1873 à la somme de . . . . . 26,962,000 fr.
s'élève cette année à . . . . . 28,150,000 fr.

d'où une augmentation de . . . . . 1,188,000 fr.
justifiée par la hausse bien constatée des prix de certaines denrées et par les exigences de la direction des nourrices et du service des secours.

Le nombre de lits à entretenir reste fixé, comme en 1873, à 20,161, dont 9,311 pour les vieillards et les infirmes, 8,227 pour les malades et 2,081 pour les aliénés.

On estime que le nombre des administrés traités ou secourus atteindra également le même chiffre qu'en 1873 ; ce nombre, pour la première catégorie (traités), a été de 111,099 admissions dans les hôpitaux et les hospices, et pour la deuxième (secourus), de 192,000 individus ainsi répartis :

1° Indigents inscrits au bureau de bienfaisance	102,000
2° Malades traités à domicile	43,000
3° Accouchées à domicile	10,000
4° Nécessiteux secourus momentanément	30,000
5° Enfants placés par la direction des nourrices	7,000

Mais là ne s'est pas borné le rôle de l'Assistance publique, qui a encore étendu sa tutelle bienfaisante sur 8,601 aliénés en traitement dans les asiles du département et de la province, et sur 26,000 enfants assistés placés à la campagne, soit en tout, tant à Paris que dans le département de la Seine, une population de 338,200 individus dont les infortunes ou les souffrances ont été soulagées par l'Administration hospitalière.

Pour accomplir cette haute mission de charité, l'Administration dispose d'un revenu ordinaire
évalué, pour 1874, à . . . . . 9,044,000 fr.
alors que, pour 1873, il n'est que de . . . . . 8,930,200 fr.

soit une différence en plus de . . . . . 113,800 fr.
justifiée par un accroissement des revenus mobiliers et immobiliers, des produits intérieurs (jardins, vacheries et cantines), et enfin du droit des pauvres sur les spectacles.

. . . . . .

Les grands travaux absorbent une prévision jusqu'à concurrence de 1,800,000 fr., applicables à la reconstruction des bains externes de Saint-Louis, à la buanderie et au service des bains de Saint-Antoine, à la cuisine et à la pharmacie du même hôpital, à la pharmacie et à la lingerie de la Pitié, à la restauration de la communauté de Saint-Louis, à l'agrandissement de Cochin, à la reconstruction de pavillons isolés à Saint-Antoine et à Lariboisière pour les accouchements et les maladies contagieuses. Une somme de 1,000,000 fr. est spécialement affectée à l'hôpital de Ménilmontant, dont la nombreuse et laborieuse population du 20e arrondissement attend impatiemment l'ouverture. Pareille somme ayant déjà été allouée par le Conseil municipal, les travaux pourront donc être conduits avec une nouvelle vigueur; tout fait espérer qu'ils seront entièrement finis pour 1876.

Quant au nouvel Hôtel-Dieu, pour lequel tant d'argent a déjà été dépensé en pure perte, aucun crédit nouveau n'est demandé; les anciens crédits ouverts et reportés jusqu'à ce jour suffiront, dès qu'une décision définitive aura été prise à cet égard, pour assurer pendant un an au moins la reprise des travaux.

En résumé, le budget de l'Assistance publique demeure fixé pour 1874, en recettes et en dépenses, tant pour le service ordinaire que pour le service extraordinaire, à 28,150,000 fr., sur lesquels 11,520,000 fr. devront faire l'objet d'une subvention municipale.

— On télégraphie de Vienne (Autriche), 2 septembre : « Le Congrès international des médecins a été ouvert hier par l'archiduc Rénier. Dans la première séance, qu'il a présidée lui-même, il a loué le gouvernement français du concours qu'il lui a prêté. Le Congrès s'est occupé de la question de vaccination. »

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

DES CAUSES DE LA MORT APRÈS L'OPÉRATION DE LA PIERRE ;

Par M. le docteur HERVEZ DE CHÉGOIN, membre de l'Académie de médecine, etc.

Attaché pendant longtemps au service chirurgical de la Charité, et chargé des autopsies, pendant longtemps aussi j'ai cherché les causes de la mort après la lithotomie. Je ne les trouvais ni dans la vessie, ni dans les reins, à moins que ces organes n'eussent été déjà malades avant l'opération. Les malades succombaient épuisés par un mouvement fébrile que rien ne pouvait arrêter, et que l'on attribuait généralement à une inflammation des voies urinaires.

Un voile bien léger me séparait de la vérité. Si j'avais soulevé le feuillet péritonéal qui recouvre le tissu cellulaire du bassin, j'aurais trouvé cette cause bien évidente : c'était une infiltration urineuse et purulente qui s'étendait quelquefois jusqu'au diaphragme ; après des recherches dirigées dans ce sens, je ne doutai plus que telle fût la cause ordinaire du résultat funeste de l'opération. Je communiquai cette idée à M. Roux, toujours disposé à ne point dédaigner les recherches de ses élèves. Celle-ci lui parut d'une grande importance, et il se proposa de la vérifier à la première occasion, en faisant l'incision du périnée, non plus du côté gauche, comme de coutume, mais du côté droit. L'épreuve tomba sur un enfant de 12 ans, qui succomba.

J'en fis l'autopsie avec le plus grand soin devant M. Roux ; je trouvai la même infiltration. M. Roux n'eut plus de doute sur la présence du pus, et, pour asseoir sa conviction sur la présence simultanée de l'urine, il ne répugna pas d'y mettre le doigt, puis de le porter à sa langue, et je l'entends encore s'écrier : *C'est vrai!* Ce fait une fois bien constaté, il fallait en chercher la cause. Je ne tardai pas à voir que, chez tous les malades qui avaient succombé, toute l'épaisseur transversale de la glande prostate avait été traversée par le lithotome jusques et y compris le repli falciforme de l'aponévrose du bassin qui recouvre le bord externe de cette glande, et que, ainsi, l'urine pouvait facilement s'infiltrer de la vessie dans le tissu cellulaire.

Il était bien simple et bien rationnel que, pour éviter un accident aussi grave, on ne devait jamais diviser complétement la glande prostate. C'est d'après ce prin-

FEUILLETON

HYGIÈNE PUBLIQUE

LA CRÉMATION DES MORTS EN ITALIE.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

La question de l'incinération des cadavres, crémation (1) des morts, posée au Congrès médical international de Florence par les professeurs Coletti et Castiglioni, au nom de la santé publique et de la civilisation, et favorablement accueillie par un vote unanime de l'assemblée (2), vient d'entrer en pleine voie d'expérimentations, grâce aux recherches de deux chimistes très-distingués, le docteur Giovanni Polli (de Milan) et le docteur Paolo Gorini (de Lodi).

Pour encourager ces intéressantes études, en leur donnant une direction plus pratique, l'Institut royal des sciences et arts de Lombardie a rédigé le programme pour le prix Secco-Comneno (quinquennal, 1877) en ces termes :

« Indiquer une méthode de crémation des cadavres que l'on puisse substituer au mode actuel « d'inhumation, afin de préparer les voies (*spianare la via*) à cette réforme hygiénique. Il s'agit « de démontrer, au moyen de bons arguments appuyés (*avalorati*) par des expériences sur les

(1) De *cremare* (brûler). On l'emploie par opposition à inhumation. (Littré.)

(2) « Le Congrès émet le vœu que, par tous les moyens possibles, on tâche d'obtenir légalement, dans l'intérêt des lois de l'hygiène, que l'incinération des cadavres soit substituée au système actuel de l'inhumation. » (1869.) — Vote conforme au Congrès de Rome (1871).

cipe que je résolus de ne jamais ouvrir le lithotome au delà de 7 lignes : 4 lignes pour la dimension naturelle du col de la vessie, et 3 lignes de plus pour diviser la membrane muqueuse, la membrane charnue et une petite portion du bord interne de la glande prostate, me réservant, pour l'extraction des pierres plus ou moins volumineuses, d'agrandir l'incision avec mon doigt, qui a la conscience des tissus qu'il rencontre et qui s'arrête à temps, agrandissant ainsi la première ouverture par une pression, non pas de dedans en dehors, mais de haut en bas sur le tissu prostatique qui se déchire, selon l'expression de M. Boyer, comme une feuille de papier entamée.

Cette explication de la mort des opérés par l'infiltration urineuse résout des problèmes dont, souvent, on ne pouvait se rendre compte. A. Dubois, avec lequel je conversais souvent dans nos courses très-matinales de chez lui à la Maternité, ne savait comment s'expliquer pourquoi l'opération de la pierre, qu'il avait faite le plus facilement possible, était suivie de mort, tandis que d'autres, des plus laborieuses, après des manœuvres douloureuses bien des fois répétées, réussissaient parfaitement. Il finissait par dire : Il faut bien croire que, dans ces dernières opérations, les tissus fatigués, comprimés, tiraillés, étaient moins susceptibles d'inflammation que ceux qui étaient divisés régulièrement. Un autre fait qui l'embarrassait également, c'est que cette opération, pratiquée par des mains moins habiles, réussissait assez souvent lorsqu'elle était suivie d'une précaution que j'ai entendu blâmer et à laquelle, cependant, j'attribue le succès : c'est l'introduction dans la vessie d'une grosse canule entourée de linge assez épais, qui avait pour but de faciliter l'écoulement de l'urine au dehors et de comprimer quelques vaisseaux qui n'avaient pu être liés; c'est à cette compression de la canule sur l'angle interne de la prostate divisée, et qui s'opposait ainsi à l'infiltration de l'urine, que j'attribue la réussite.

Cette suppuration du tissu cellulaire du bassin, par suite de la présence de l'urine, n'est pas exclusive à la lithotomie par le *bas appareil;* elle a lieu trop souvent aussi par la taille sus-pubienne que pratiquait presque toujours un chirurgien (Souberbielle) qui en faisait une spécialité.

Invité par ce chirurgien à assister à une de ses opérations, et témoin de la mort du malade, je lui communiquai mes idées à cet égard ; il ne les accepta pas et leur opposa un doute violent. Après une discussion assez vive de part et d'autre, il fut convenu que l'on obtiendrait l'exhumation du cadavre inhumé depuis quelques jours déjà. L'examen que je fis en présence de Souberbielle me fit découvrir la même

---

« animaux, que la méthode est exempte d'inconvénients, qu'elle est expéditive, économique, « de nature à respecter et les us et coutumes civils, et les convenances sociales. »

Comme votre article « *Les Morts,* » publié dans l'UNION MÉDICALE du 3 novembre 1868, a joué un rôle important dans les nombreuses controverses qui se sont élevées en Italie sur ce sujet, à l'ordre du jour de la discussion scientifique (1) et de l'étude expérimentale (2) et administrative (3), permettez-moi de le reprendre *ab ovo,* et de l'envisager sous toutes ses faces.

(1) Docteur F. Coletti. ***Memoria sulla incinerazione dei cadaveri.*** Lettura all' Academia di scienze e lettere di Padova, 1857.
Prof. Goffarelli. ***Discorso sullo stesso argomento.*** Società del Libero pensiero di Firenze, 1871.
Docteur Dujardin. ***Studiz e proposte sulla cremazione.*** (***La Salute,*** anno III, n° 9).
Docteur G. Pini. ***La cremazione dei cadaveri.*** (***Gazetta di Milano,*** 26 et 27 septembre, 9 décembre 1872.)
Docteur G. Polli. ***Sulla incinerazione dei cadaveri.*** Lettura all' Instituto R. Lombardo. Agosto, 1872.
Docteur Rota (di Chiari). ***L'incinerazione dei cadaveri è ammissible?*** 1872.
G. B. Ayr. ***La cremazione e l'igiene.*** (***Annali di chimica applicata alla medicina,*** décembre 1872.)
Prof. Castigloni. ***Propositions au Congrès de Florence,*** 1869.
Prof. O. Grandesso-Silvestri. ***Dell' incinerazione dei cadaveri.*** (***Gazetta medica italiana, provincie Venete,*** octobre 1872.)

(2) Expériences du docteur Polli au Gazomètre de Milan; du docteur Gorini dans son laboratoire de Lodi.

(3) Propositions de M. Amati au Conseil municipal de Milan. Commission instituée au ministère de l'intérieur pour modifier en ce sens le Code sanitaire du royaume.

infiltration que celle observée dans certains cas d'opération périnéale; mais, malgré la plus complète évidence, ce chirurgien ne voulut point se rendre et me garda rancune jusqu'à sa mort.

Pour éviter pareil accident, j'imaginai alors une airigne à plaque plus large que celle des airignes ordinaires, avec deux tiges plus longues aussi, terminées par un anneau. J'en appliquais trois sur les bords de la plaie de la vessie que je tenais ainsi suspendus entre les bords de la plaie extérieure avec un petit cylindre quelconque, soit une sonde de gomme élastique, soit une tige de plume que je passais dans les anneaux.

D'après les opérations dont j'ai été témoin et celles que j'ai faites, j'ai cru pouvoir dire avec vérité, qu'en faisant l'incision de la prostate comme je l'ai indiquée : « *En deçà point de danger, en delà point de salut.* » Et en réfléchissant aux succès de Roonhuysen, on en vient à penser qu'il pourrait bien se faire que le secret qu'il a si inhumainement emporté avec lui ne fût autre chose que ce qui fait le sujet de cette notice, insérée en 1826 dans un petit journal intitulé le *Censeur*, dont Victor Prus était le rédacteur en chef, et moi l'un des collaborateurs.

Je n'ai pu retrouver ce mémoire, dont les idées principales sont celles que je viens d'exposer dans les lignes ci-dessus.

BIBLIOTHÈQUE

LEÇONS SUR LES OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES ET LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES, OU GUIDE DE L'ACCOUCHEUR DANS LES CAS DIFFICILES, par Robert Barnes; traduites sur la seconde édition, par le docteur A.-E. Cordes, avec une Préface par le professeur Pajot. Un volume in-8° de 498 pages, avec 113 figures intercalées dans le texte. — Paris, 1873, G. Masson, éditeur.

Voilà un livre auquel on peut prédire un grand et légitime succès. La rapidité avec laquelle s'est épuisée la première édition anglaise montre en quelle estime nos voisins tiennent cet ouvrage, qui expose avec une lucidité parfaite toutes les conditions qui rendent la parturition anormale et qui, fondé sur une pratique considérable, entre dans les plus minutieux détails sur les moyens que la science moderne fournit pour combattre les erreurs de la nature, et tâcher de sauver deux êtres également précieux, une mère et un enfant. Aussi, croyons-nous devoir entrer dans quelques détails lorsqu'il s'agit d'une œuvre de cette importance.

Le livre du docteur Barnes n'est pas, à proprement parler, un traité dogmatique des opéra-

---

Les détails, même les plus minutieux, ne doivent pas être dédaignés lorsqu'on se trouve en présence d'une réforme qui intéresse au plus haut point et l'hygiène publique, et la famille, et la société tout entière.

I

Dans tous les temps, sous toutes les civilisations, et chez tous les peuples, la question : « Que faire des morts? » a été l'objet des plus vives préoccupations des législateurs.

Le culte des morts est d'autant plus respectable et pieux, qu'il se base sur les sentiments spiritualistes de l'immortalité de l'âme et de la vie future; aussi avez-vous eu grandement raison de dire que ce culte « console, fortifie et moralise. »

La terre étant le réservoir commun des sources de la vie, par une loi nécessaire et fatale de la nature, tout ce qui a vécu doit mourir; et tout ce qui meurt doit se transformer en nouveaux principes de vie.

Du moment où l'âme s'envole vers les espaces éthérés, la partie matérielle de l'homme, composée de divers éléments empruntés primitivement à la terre, retourne à cette même masse du globe, afin de constituer de nouvelles couches de sol, fécondes pour la végétation générale et pour l'alimentation d'une série d'êtres d'ordre inférieur; elle continue donc à vivre sous d'autres formes.

Tout est métamorphose dans la nature; la matière première est toujours la même; seulement, elle se perpétue sous des formes toujours nouvelles (1). C'est la transformation des êtres vivants, que reconnait et préconise l'antique doctrine de Pythagore.

(1) L'homme doit mourir et se décomposer de toute nécessité, pour donner lieu à d'autres êtres vivants. Dans cette transformation des êtres vivants réside l'ordre de nature. La mort et la décompo-

tions en accouchements ; c'est une série de leçons originales comprenant à la fois l'examen pratique des accidents graves de la parturition, les indications raisonnées et des recherches judicieuses sur la méthode opératoire, le procédé à choisir, l'instrument à préférer et les manœuvres de détail destinées à assurer le succès. La description des instruments, les applications de forceps, la version, la céphalotripsie, l'embryotomie, l'opération césarienne, les considérations pratiques sur les rétrécissements et les déformations du bassin, ruptures utérines, placenta prœvia, hémorrhagies, et toutes les grandes questions, enfin, de l'obstétrique sont traitées avec un sens droit, et, ce qui ne gâte rien, avec une certaine audace d'expression et un style imagé qui rendent la lecture séduisante. Pour peu qu'on ait été engagé pendant plusieurs années dans la pratique des accouchements et qu'on ait rencontré de ces cas difficiles qui troublent même les praticiens les plus consommés, on en trouve, dans l'ouvrage que nous tâchons de faire connaître, de nombreux cas examinés, analysés, discutés ; on compare les méthodes suivies par le médecin anglais avec celles qu'on avait soi-même adoptées, et de ce rapprochement on tire des déductions fort importantes pour les faits à venir.

Le docteur Barnes commence par décrire les instruments employés en obstétrique et établir le choix qu'on doit en faire. Ces instruments, que les chirurgiens anglais ont l'habitude de rassembler dans un sac de voyage, sont nombreux. Il y a : le levier, le forceps, un réducteur du cordon, un soufflet contre l'asphyxie des fœtus, le crâniotome, le crochet, la pince à crâniotomie, le céphalotribe, l'écraseur pour l'embryotomie, le crochet à décapitation, des bistouris, des seringues pour combattre les hémorrhagies, des dilatateurs hydrostatiques, le dard de porc-épic pour déchirer les membranes, l'appareil à transfusion, etc. Il y a eu à Londres, en 1866, une exposition de tous ces engins aux formes les plus variées, les plus singulières ; cela formait une légion qui témoignait assez du peu d'uniformité, du peu de constance des difficultés de l'accouchement, et de la nécessité où l'industrie s'est trouvée de multiplier les ressources de l'art. Mais, ainsi que le dit M. Barnes, ces montagnes d'instruments, fruits d'une observation imparfaite, d'une expérience mal dirigée, sont bons à être conservés dans les musées, où ils servent de souvenirs historiques, marquant la voie qu'a suivie l'obstétrique dans ses fluctuations, et servant à éviter qu'on ne retombe à l'avenir dans les mêmes erreurs, et d'épargner aux hommes la peine de réinventer.

Le *forceps* est décrit avec le plus grand soin par notre auteur, qui y consacre bon nombre de pages écrites avec un talent hors ligne. Ce n'est pas sans un véritable sentiment de satisfaction qu'on remarque combien certains préjugés, très-vivaces encore il y a quarante ans, dans le Royaume-Uni, tendent à s'amoindrir de jour en jour. Ainsi, les emplois de notre long forceps et du céphalotribe, absolument repoussés et presque ridiculisés autrefois, trouvent aujourd'hui, parmi les premiers accoucheurs de l'Angleterre, plus d'un partisan et même d'un ardent défenseur ; et le docteur Barnes, lui aussi, n'a pas hésité à accorder une large part à l'usage de ces instruments. Il veut qu'on rejette tout forceps qui a un manche très-court. « On

---

« L'homme décomposé dans ses éléments simples transmigre dans une jacinthe odorante, dans une rose vermeille, dans une belle Vénus de Médicis, dans un superbe Apollon du Belvédère, parce que tous les éléments qui le constituaient peuvent être assimilés par tous ces êtres vivants : immortel au milieu de ces métamorphoses indéfinies, il pourra donc vivre ainsi dans des myriades d'êtres et jouir de l'arcane mais véritable métempsycose pythagoricienne. » (J. B. Ayr.)

Envisagée dans le sens chimique, la métempsycose est donc une loi naturelle de la dernière évidence ; nous verrons par la suite que cette loi est aussi hygiénique que bienfaisante.

Dès que l'organisme humain est livré à lui-même, à l'état de cadavre, il subit immédiatement l'action des lois physiques et chimiques qui réduisent ses éléments constitutifs à des combinaisons plus simples, c'est-à-dire : de l'eau, des gaz (parmi lesquels dominent l'acide carbonique, l'hydrogène carboné, l'ammoniaque), des sels minéraux (chaux, magnésie, potasse, soude, oxyde de fer). Par la combinaison de ces diverses bases avec les acides phosphorique et carbonique, il se forme des sels spéciaux et parfaitement déterminés (carbonates et phosphates de chaux, de magnésie, etc.). Ces éléments généraux, eau et matières solides, sont, dans le corps humain, dans la proportion de 75 et 25 pour 100.

Les gaz sont utilisés par la végétation, qui se les assimile au moyen du feuillage des plantes ; les sels, réduits en cendres, se combinent avec la terre et la fécondent, de la manière la plus heureuse, en arrivant aux racines des végétaux.

II

L'enterrement des corps s'est tout d'abord imposé comme une nécessité sociale, comme

sition des fleurs, des plantes et des animaux sont indispensables à la vie d'autres êtres vivants qui viendront après. (J.-B. Ayr.)

a cru, dit-il, éviter le danger en faisant des instruments faibles; c'est une grossière erreur. D'abord, un instrument faible est, par sa faiblesse même, applicable à un nombre très-limité de cas. Puis, si l'instrument est faible, il exige un plus grand déploiement de force de la part de l'opérateur; comme il peut quelquefois soutenir assez longtemps un grand effort musculaire, l'opérateur se fatigue, ses muscles perdent la précision de leur action et de leur adresse... Il faut avoir de la force en réserve pour pouvoir proportionner son effort à la résistance à vaincre. La violence est le propre d'un effort impuissant, non d'une puissance consciente... L'avantage d'un forceps à deux mains est de permettre à l'une d'aider, de soulager, d'affermir l'autre... On ne saurait exagérer l'importance qu'il y a à développer le plus possible les qualités du forceps. Plus il sera parfait, plus on sauvera de vies, et plus on restreindra l'emploi de ces terribles armes qui ne sauvent la mère qu'au prix de la vie de son enfant. »

Nous recommandons la lecture des pages consacrées au mode d'action du forceps. Il est impossible de mieux dire. M. Barnes est un homme habile à se faire comprendre. Tâchons, à notre tour, de faire saisir la pensée de l'auteur.

Le forceps est un instrument essentiellement *tracteur*; mais, pour tirer, il faut qu'il *saisisse* et *tienne*. A première vue, on pourrait croire que la *prise* est due à la compression exercée sur les manches; cela n'est pas : la prise est réellement due à la courbure des cuillers plus ou moins exactement appliquées sur la tête et maintenues par l'anneau osseux du bassin. Prenez une balle de caoutchouc, placez-la sur un anneau solide d'un diamètre un peu inférieur au sien; saisissez la balle avec le forceps à travers l'anneau; son volume fera diverger les branches; si maintenant vous tirez sur les manches, même sans les rapprocher l'un de l'autre, vous verrez ces cuillers fortement appliquées sur la balle, et le tout passera à travers l'anneau. C'est exactement ce qui se passe entre la tête et le détroit supérieur. Les cuillers sont maintenues exactement appliquées sur la tête par les parties molles et le bassin. Aussi, le forceps lâche-t-il prise aussitôt que l'équateur de la tête a passé le point rétréci; aussi a-t-on pu faire de très-bons forceps qui ne croisaient pas, et qui, par conséquent, n'avaient aucune force compressive.

Nous passons les détails relatifs à l'application même du forceps, soit court, soit long et à double courbure; M. Barnes, comprenant l'importance de ce chapitre, n'a rien laissé dans l'ombre; il a tout expliqué, et il aide le lecteur au moyen de figures fort bien faites. Seulement, comme ces figures sont dessinées de manière à représenter les objets d'après la position que les accoucheurs anglais donnent généralement à leurs parturientes, c'est-à-dire couchées sur le côté gauche, nous autres Français, habitués à placer autrement nos patientes, nous avons d'abord quelque peine à comprendre ces dessins. Je n'ai pas besoin de dire qu'avec un peu d'attention et de réflexion, on s'y fait bientôt.

Quel est l'accoucheur qui n'a pas eu à déplorer, dans des cas d'ailleurs fort simples et très-naturels, la *rigidité* du col, qui arrête, parfois pendant un temps fort long, l'évolution du travail, et qui n'est pas exempte de dangers? L'accoucheur anglais entre à cet égard dans de

---

une loi de nature du premier ordre, car il fallait rendre à la terre, sous peine de la stériliser, les phosphates, les carbonates, et tous les éléments fécondants que contenaient nos cadavres.

C'est par des sentiments d'affection, pour obéir à des principes religieux, ou pour se conformer à certains préceptes d'hygiène générale, que l'homme a tenté parfois de soustraire sa dépouille mortelle à cette loi providentielle de la décomposition lente et putride des corps.

Considérée dans la série des siècles, la pratique des embaumements (par momification) doit être regardée comme un fait exceptionnel, circonscrit, et spécial à la civilisation égyptienne.

Vous avez formulé contre elle l'objection la plus péremptoire : « Si l'humanité eût depuis « trois mille ans adopté l'usage égyptien de l'embaumement des cadavres, il est à peu près « certain que les morts auraient aujourd'hui déplacé les vivants, et qu'il n'existerait pas le « plus petit coin de terre qui ne fût occupé par une momie. »

Je ne dirai rien de l'embaumement par les procédés modernes, des plus simples aux plus perfectionnés, parce qu'en raison de leur cherté même, ils ne sont employés que dans des circonstances relativement très-rares, et dans lesquelles la mode, la vanité, l'ostentation jouent le rôle principal.

En admettant que l'inhumation dans la terre des corps morts soit le seul mode possible et pratique, il est indispensable de rendre à l'agriculture, au bout d'un temps donné, les terrains consacrés aux sépultures.

« La raison, la prévoyance, l'hygiène exigent que l'on revienne au système des cimetières « temporaires (à roulement; fermés au bout de quarante ans, et dix ans après la dernière « inhumation rendus à la culture).

« Prétendre établir des nécropoles éternelles est une utopie que l'inexorable nécessité « détruira toujours. » (Am. Latour).

grands développements, et, comme toujours, il est net, clair et instructif. On a dit que l'orifice utérin est dilaté par la contraction des fibres longitudinales qui en tirent les bords vers le fond de l'utérus. M. Barnes soutient que cette contraction, si tant est qu'elle se fasse, est insignifiante et incapable d'expliquer les faits qui se passent. Pour lui, et nous croyons qu'il a raison, la dilatation est due essentiellement à la pression excentrique exercée sur le bord de l'orifice par la poche des eaux et la tête, qui agissent mécaniquement comme un coin inerte par lui-même, mais poussé par les contractions utérines et les muscles abdominaux. En d'autres termes, la dilatation est le résultat de la prépondérance de la *vis à tergo* exercée par le corps de l'utérus et les muscles abdominaux sur la résistance opposée par le col. Cela est si vrai, que toute force exerçant son action sur les parois du ventre, et poussant, par conséquent, le fœtus en bas, contribue à éveiller ou produire une *vis à tergo* et à agrandir la dilatation. Cela conduit même M. Barnes à s'étendre quelque peu sur cette délivrance par *pression*, et non par *extraction*, et à se demander, — la nature elle-même employant l'expulsion et non l'attraction, qui est une méthode artificielle, — si, au lieu de toujours *tirer* sur le fœtus, il n'est pas possible de le faire sortir par *expression*. Il cite Kristeller, qui, au moyen d'un forceps muni d'un dynamomètre, a montré qu'une force de cinq, six à huit livres suffit souvent à l'extraction d'une tête arrêtée depuis des heures, et que par conséquent la pression, la *vis à tergo* supplémentaire, n'aurait pas besoin d'être considérable. Il nous semble que voilà un moyen trop peu connu et trop peu pratiqué en France, et il n'est pas inutile de dire comment il est mis à exécution.

La parturiente étant couchée sur le dos, l'opérateur place ses mains, les doigts écartés, sur le fond et les côtés de l'utérus, et, combinant une pression de haut en bas, exercée avec la paume de la main, avec une pression latérale produite par les doigts, l'utérus étant amené en rapport exact avec l'axe du bassin, il exprime, pour ainsi dire, le contenu de la matrice dans l'excavation. « J'ai éprouvé, ajoute le praticien anglais, que la pression est une aide utile à l'extraction. Je n'emploie jamais le forceps sans avoir un aide qui presse l'utérus avec force, le maintienne en rapport avec l'axe du détroit, et m'assiste ainsi dans mes efforts d'extraction. Il ne faut pas négliger cette ressource, qui peut, en certains cas, remplacer le forceps quand on ne l'a pas sous la main. Quand on n'a pas de *vis à tergo*, on peut y suppléer par la *vis à fronte*, appliquée, dans le cas dont nous nous occupons, par deux instruments : le levier et le forceps. »

Mais, lorsqu'il n'existe pas de relation normale entre la force expulsive et la résistance, comment triompher de la rigidité du col ? De deux manières :

Ou augmenter la force de l'utérus pour rétablir sa prépondérance sur le col (ergot, etc.) ;

Ou dilater directement le col, faire soi-même ce que l'utérus est impuissant à faire (dilatation du col avec les doigts, avec l'appareil hydrostatique ; incisions sur les lèvres du museau de tanche, etc.).

On comprendra que nous ne puissions, dans une simple analyse, nous étendre davantage

---

Il est inutile d'insister sur les nombreux inconvénients qui résultent de l'inhumation des cadavres, au double point de vue de la salubrité de l'air et des eaux potables.

Malgré les règlements de police déterminant les conditions spéciales qui doivent présider à l'installation et à l'ouverture des cimetières, malgré toutes les précautions, il n'en est pas moins constant que les cadavres agglomérés sur un point deviennent pour les habitations circonvoisines des foyers d'infection.

Par le fait de la décomposition lente des parties organiques, il se répand dans l'air des effluves malsains et méphitiques, qui le corrompent et souillent sa pureté naturelle.

L'orientation réclamée par les arrêtés municipaux (1) n'a qu'une médiocre importance dans les pays qui se trouvent en dehors des vents constants, réguliers ou périodiques.

Quant aux infiltrations malfaisantes des cours d'eaux, elles ont plus d'une fois porté la contagion et la mort dans des bourgades importantes.

Je me bornerai à citer l'exemple des hameaux de Rotondella et de Bollita, dont les cimetières, placés sur un plan élevé, au haut d'une colline boisée (au-delà des limites réglementaires), paraissaient installés dans les conditions hygiéniques les plus favorable. Malheureusement, au bas de la colline émergeaient les sources destinées aux usages journaliers des habitants, et comme ces sources étaient le produit des eaux pluviales qui, répandues sur la surface des deux cimetières, avaient filtré au travers des couches de terre et s'étaient imprégnées des principes cadavériques qu'elles avaient rencontrés sur leur route, il arriva un jour que les eaux potables ainsi contaminées produisirent une effroyable épidémie.

(1) Hors de la direction des vents qui soufflent d'ordinaire vers les habitations.

sur tous ces points de pratique qui sont, dans le livre de M. Barnes, étudiés avec le plus grand soin, et avec, je dirais presque, une bonhomie qui rend la lecture facile et attrayante. Il nous est pareillement impossible d'aborder la version, c'est-à-dire l'opération capitale dans les accouchements anormaux, celle qui permet de délivrer, avec un espoir *raisonnable* de sauver la mère, et *probable* de sauver l'enfant. Notre éminent confrère a déployé là toutes les ressources de son expérience et de ses talents; il a compris que cette manœuvre, imparfaitement étudiée dans les livres, méritait tous les développements possibles, tant sur les conditions desquelles dépend la mobilité du fœtus dans la matrice, sur les causes qui le font se déplacer, que sur tous les détails qui incombent à la méthode, qu'on pourrait presque dire providentielle dans beaucoup de cas.

Nous ne pouvons pas, cependant, mettre absolument de côté ce chapitre curieux, dans lequel l'auteur se demande quelles sont les conditions qui déterminent la situation normale du fœtus dans la matrice ; en d'autres termes, pourquoi, dans l'immense majorité des cas, le fœtus se présente-t-il la tête en bas lorsque le moment est venu pour lui de se présenter à la lumière? L'explication que donne M. Barnes est bonne à noter.

La cavité utérine, hors l'état de gestation, est réduite à un triangle dont les parois se touchent; quand la grossesse commence, les parois sont séparées, et leur écartement donne de l'espace pour le développement de l'œuf; mais la forme originelle se retrouve encore; la cavité reste toujours aplatie d'avant en arrière. Tout d'abord, l'embryon est relativement si petit, qu'il flotte librement dans l'eau amniotique; mais, vers le milieu de la grossesse, le fœtus s'accroît rapidement, sa forme se définit, et l'utérus augmente plus en longueur qu'en largeur. Aussitôt que le fœtus, qui constitue un corps ovoïde, a acquis un volume voisin de celui de la cavité utérine, les parois de la matrice lui imposent une position verticale : l'enfant est devenu trop gros pour pouvoir rester en travers. On a observé qu'une trop grande quantité de liquide amniotique devenait une cause de malposition du fœtus; cela devait être, puisqu'un excès d'eaux agit de deux façons, en augmentant la mobilité du fœtus, et en détruisant la forme ovoïde de la matrice, qui devient globulaire. Le fœtus n'est plus alors maintenu vertical, puisque sa forme et son volume ne sont plus en rapport avec ceux de l'utérus, où il se meut facilement.

Après avoir passé en revue tous les obstacles qui s'opposent à l'accouchement : rétroversions, rétroflexions, prolapsus, allongement hypertrophique du col, tumeurs fibreuses ou myomes, polypes, tumeurs ovariennes, condylomes, hématocèle rétro-utérine, difformités du squelette, rachitisme, ostéomalacie, etc., M. Barnes aborde les opérations qui sont incompatibles avec la conservation de la vie du fœtus; jusqu'ici, il s'est armé du levier et du forceps; il a fait de l'obstétrique *conservatrice*; ses armes seront maintenant le perforateur, le crochet, la pince à crâniotomie, le céphalotribe; il fera de l'obstétrique *sacrificatrice*. Il avait mis tous ses efforts à perfectionner le plus possible le forceps et la version, pour sauver mère et enfant; à cette heure, il va nous dire les moyens de perfectionner l'art d'extraire un enfant mort, afin

---

III

Que nous apprend l'histoire de l'antiquité au sujet de la crémation? Chez tous les peuples, non-seulement la méthode de l'incinération est en raison directe de leur civilisation, mais encore elle constitue un honneur suprême rendu aux héros, aux grands hommes, et n'exclut ni l'ensevelissement dans la terre, ni l'érection de tombeaux destinés à perpétuer leur mémoire.

Homère nous donne à ce sujet, dans l'*Iliade*, les détails les plus circonstanciés, et je ne puis résister au plaisir de transcrire ici, d'après la traduction de Giguet, les passages consacrés aux funérailles de Patrocle et d'Hector :

« Les seuls guerriers chargés des soins funèbres restent autour de Patrocle et amoncellent le bois. Ils dressent un bûcher de 100 pieds dans tous les sens, et au faîte, le cœur plein de tristesse, ils déposent le cadavre. Ils écorchent ensuite et préparent nombre de succulentes brebis et de bœufs au pas lent. Achille en ôte la graisse, dont il couvre les corps des pieds à la tête et, à l'entour, il entasse le reste des chairs. . . . . puis il anime contre le bûcher la force indomptable du feu pour qu'elle s'en repaisse.

« A la prière d'Achille, Zéphire et Borée soufflent toute la nuit, et toute la nuit la flamme, en poussant des gémissements sinistres, consume le bûcher et les morts; à l'aurore, elle s'affaisse.

« Les rois achèvent de l'éteindre, et ils rassemblent les ossements de Patrocle qu'ils renferment, revêtus d'une double enveloppe de graisse, dans l'urne d'or qu'a donnée Thétis; enfin, ils amoncellent la tombe qui doit les recevoir. »

« Lorsque Priam eut ramené dans la ville la dépouille ensanglantée d'Hector, il adresse ses

d'épargner à la mère l'opération césarienne, l'*espoir désespéré*, l'*ultima ratio* des accouchements.

Relativement à la préférence qu'il y a à accorder à l'opération césarienne, qui tue le plus souvent la mère, mais qui sauve souvent l'enfant, sur l'embryotomie, qui sacrifie nécessairement l'enfant, mais qui sauve la mère, un des accoucheurs les plus distingués de l'Angleterre, Denman, établit ainsi la question : « Je ne peux pas, dit-il, abandonner ce sujet sans considérer un côté de la question qui s'est souvent présenté à mon esprit, surtout lorsque le fait se présentait à moi. Supposez une femme mariée, si malheureusement bâtie qu'elle ne puisse pas avoir un enfant vivant. A son premier accouchement, on ne peut hésiter à la soulager aux dépens de son enfant; un deuxième et un troisième essai peuvent être justifiés pour s'assurer de l'impossibilité. Mais, au point de vue moral, on peut se demander si elle doit s'exposer à avoir des enfants, ou si, étant assurée qu'elle ne peut avoir un enfant vivant, une femme a le droit de laisser détruire plusieurs enfants pour sauver sa vie (j'en ai vu plus de dix sacrifiés ainsi); ou si, après plusieurs essais, elle ne doit pas se soumettre à l'opération césarienne, qui pourrait sauver son enfant aux dépens de sa vie à elle. Cela mérite considération. »

Ainsi donc, dans la pensée de Denman, il est permis de chercher une, deux ou trois fois à soustraire une femme aux dangers de l'opération césarienne, en lui accordant les bénéfices de la crâniotomie, qui détruira le fœtus; mais aller au delà de ces deux ou trois fois serait faire un échec à la morale; et si la même femme a eu la faiblesse de se faire engrosser de nouveau par son mari, tant pis pour elle, elle doit en subir les conséquences et subir l'opération césarienne, qui la fera peut-être mourir, mais qui sauvera le fœtus. M. Barnes répond à cet argument casuistique : La conduite de la femme est regardée comme coupable, et on suppose que l'homme de l'art est son complice par la complaisance qu'il met à la sauver par la crâniotomie. Mais nous ne sommes pas des juges ni des ministres de justice. La vengeance, la punition ne nous appartiennent pas. On ne peut mettre dans la balance une vie végétative comme celle d'un enfant non encore né, avec celle d'un être comme nous, responsable devant le Tout-Puissant. Il n'est pas dans notre mission de décider que cette malheureuse a été coupable ou criminelle en devenant mère. N'a-t-elle pas été soumise à son mari? « Je ne puis hésiter à exprimer ma conviction que nous serions traîtres à notre mandat si nous faisions l'opération césarienne, quand la crâniotomie est moins dangereuse, sous prétexte que la femme a été coupable en devenant mère. » Le problème, ce nous semble, se présente aujourd'hui dans des conditions où il est facile de résoudre sans peur et sans hésitation. Nous ne sommes plus aux temps où les évêques, les curés et les moines intervenaient dans ces sortes de choses, et, armés de l'article *De bapt. parvulorum* du Rituel romain, ne voyaient qu'un enfant à sauver, par le baptême, des peines éternelles, et réglementaient l'opération césarienne. (Voyez Cangiamila; *Embryologia sacra.*) L'opération césarienne n'est justifiable que lorsque tous les autres moyens de délivrance auront échoué, que la crâniotomie a été regardée comme impraticable, ou lorsque la mère est morte avant d'accoucher.

---

ordres aux Troyens pour amener du bois dans la ville..... Il dit, le peuple place sous le joug les bœufs et les mulets et se rassemble devant les murailles. Pendant neuf jours ils amoncellent une immense quantité de bois. Lorsque la dixième aurore apporte la lumière aux mortels, les Troyens éplorés enlèvent l'audacieux Hector, posent son cadavre au faîte du bûcher, et font briller la flamme. Le jour suivant, le peuple se réunit autour du bûcher.....; avec le vin, ils éteignent le bûcher partout où s'est promenée la flamme; alors les frères, les amis du héros, en gémissant, le visage inondé de larmes abondantes, recueillent ses ossements, les renferment dans une urne, l'enveloppent de voiles sombres d'un riche tissu, et la descendent dans une fosse profonde, qu'ils recouvrent de larges et fortes pierres; enfin, ils élèvent la tombe et placent autour des sentinelles. »

Les premiers habitants du Latium incinéraient leurs cadavres, et cette coutume est clairement énoncée par Virgile au XIe livre de l'*Énéide* : « Les malheureux Latins dressent d'innombrables bûchers; une partie de leurs corps est enfouie dans la terre; une autre partie est transportée dans les champs voisins, et déposée dans la ville. Le reste, vaste monceau amassé par le carnage, est brûlé pêle-mêle et sans honneur (1).

Chez les Orientaux, Artémise, femme de Mausole, roi de Carie, fait incinérer son cadavre, boit une partie des cendres dans le vin, et dépose le reste dans un sépulcre, appelé depuis mausolée, qui, par sa magnificence, devint l'une des merveilles du monde.

(*A suivre.*)

Dr Prosper de Pietra Santa.

(1) Nec minus et miseri diversa in parte Latini, etc.

Que dirait donc Cangiamila s'il voyait l'*accouchement prématuré artificiel* érigé en méthode très-morale et approuvée par tous les accoucheurs d'aujourd'hui? M. Barnes donne à cette partie de son livre des développements justifiés par l'importance de la question, et décrit successivement les divers moyens qui ont été proposés : la douche intra-utérine de Kiwisch, le galvanisme, le tampon dilatateur, la ponction des membranes, la dilatation vaginale, la dilatation cervicale directe, les divers agents excitateurs : ergot, borax, cannelle, acide carbonique, etc. De toutes ces méthodes, l'accoucheur anglais donne la préférence à l'*introduction d'une bougie dans l'utérus*, laquelle remplit parfaitement le précepte : *Cito, tuto et jucunde.* Il faut que la sonde irrite le fond de la matrice ; il faut, par conséquent, qu'elle pénètre à 150 millimètres ou 175 millimètres au moins au-dessus de l'orifice. En introduisant doucement la bougie, en la laissant, pour ainsi dire, faire son chemin comme un ver, elle passera entre les membranes de l'œuf, là où il y a le moins de résistance, et elle contournera la place où est inséré le placenta. Vingt-quatre heures, à dater de l'introduction de la bougie, doivent voir l'achèvement de l'accouchement.

Je m'arrête dans cette analyse de l'ouvrage du docteur Barnes, et laisse de côté une foule de points de pratique, — hémorrhagies utérines, transfusion, placenta prœvia, etc., — qui sont traités magistralement. Ce n'est que faire acte de justice en félicitant le savant accoucheur anglais d'avoir réuni en volume ses remarquables leçons lettsonniennes, publiées primitivement, dans le *Medical Times*, en 1867, 1868 et 1869. Ce traité des opérations obstétricales restera et sera toujours consulté avec fruit, parce qu'il est l'émanation d'un homme rompu à toutes les difficultés que présente la pratique des accouchements, et d'un esprit qui sait admirablement dire ce qu'il veut. M. le docteur A. Cordes a donc rendu un grand service à la littérature médicale française en traduisant cet ouvrage de premier ordre et dont l'équivalent n'existe pas dans notre langue. A l'auteur le témoignage de notre admiration pour ses talents ; au traducteur nos chaleureux remerciements.

Dr A. Chereau.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séances des 11, 18 et 25 juin 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Sommaire. — Périostite phlegmoneuse, nécrose de la clavicule. — Hypertrophie congénitale de la lèvre supérieure. — Discussion sur les polypes naso-pharyngiens.

M. Le Fort met sous les yeux de ses collègues une clavicule qu'il vient d'enlever sur une jeune fille de 17 ans, entrée dans son service pour des douleurs qu'elle ressentait depuis quelque temps dans la région claviculaire droite. Il n'y avait pas eu d'antécédent traumatique.

M. Le Fort constata l'existence d'un abcès volumineux dans cette région. A la pression, il était facile de sentir de la crépitation. Le débridement permit de voir au fond de la plaie la clavicule nue et isolée. La malade fut endormie par le chloroforme. La clavicule, saisie à l'aide d'une pince, fut extraite facilement ; cependant, pour l'extrémité externe, il fallut employer le détache-tendon. La malade, qui avait d'abord paru bien supporter les suites de l'opération, a fini par succomber. En sciant la clavicule, M. Le Fort a constaté que la névrose existait sur les trois quarts internes de l'os, et l'ostéite sur le quart externe.

Hyperthrophie congénitale de la lèvre supérieure. — M. Blot consulte ses collègues sur le cas d'un enfant qu'il soumet à leur examen. La lèvre supérieure du petit sujet, beaucoup plus volumineuse qu'à l'état normal, ressemble à un groin. Cette difformité est congénitale. Il paraît y avoir hypertrophie de tous les éléments de la lèvre supérieure, qui a quatre ou cinq fois son volume normal. Depuis quinze jours la difformité a augmenté sensiblement.

L'enfant a été présenté à M. Sée, à l'hôpital Sainte-Eugénie ; depuis ce temps il s'est ajouté à la lésion un état inflammatoire et, par suite, une infiltration plastique des tissus qui a augmenté sensiblement l'hypertrophie congénitale. M. Sée avait proposé une opération qui consiste dans l'excision d'un lambeau triangulaire de la muqueuse et du tissu sous-jacent, en respectant la peau. — M. Verneuil conseille d'employer d'abord les émollients et les résolutifs, de faire plus tard une ponction exploratrice et, si cela est nécessaire, de recourir au galvano-cautère. — M. Chassaignac est d'avis de décoller la peau, d'enlever une partie de la tumeur, de ramener les deux bords en contact afin d'éviter l'hémorrhagie. — M. Duplay pense qu'il est plus prudent d'attendre avant de risquer une opération.

Polypes naso-pharyngiens. — Un mémoire de M. le docteur Dumesnil (de Rouen), lu par M. Guyon, secrétaire général, a donné lieu à une discussion intéressante sur les polypes naso-pharyngiens. Ce travail a pour base quatre observations dont voici le résumé :

1° Enfant de 8 ans. Polype du volume d'un œuf de poule remplissant la fosse nasale gauche et poussant l'œil hors de l'orbite. La parole est libre, la déglutition facile. Pas d'hémorrhagie. Le pédicule, implanté sur l'apophyse basilaire, paraît large. M. Dumesnil fait la résection temporaire du maxillaire supérieur le 25 novembre 1872; le polype est renversé avec le maxillaire; il a un centimètre d'épaisseur à son pédicule. Le maxillaire est remis en place; le malade guérit.

2° Enfant de 16 ans, entré à l'hôpital le 8 octobre 1872. Épistaxis fréquentes. Dans le pharynx se trouve une masse qui s'insère à l'apophyse basilaire. La fosse nasale droite est obstruée, et une petite tumeur existe dans la fosse zygomatique. Opération par le procédé de M. Ollier. Le malade était très-faible. Le nez fut remis en place. Mort quelques heures après l'opération. A l'autopsie, on trouve du sang dans le duodénum.

3° Enfant de 13 ans, entré le 4 octobre 1872. A déjà eu des hémorrhagies. Le polype remplit la fosse nasale gauche; il est inséré sur l'apophyse basilaire et a un prolongement zygomatique. Le malade est très-affaibli par les hémorrhagies. Ligature de la carotide externe gauche. Extirpation du polype par le procédé Bœckel, comme dans la première observation; le malade guérit.

4° Petite fille de 6 ans. Polype fibreux implanté sur l'apophyse basilaire. Rugination du pédicule selon le procédé de M. Alphonse Guérin, mais on ne peut mettre ce procédé à exécution. Rien autre n'a été tenté depuis.

Voici maintenant le résumé de la discussion dont le travail de M. Dumesnil a été le point de départ.

M. Demarquay a observé un fait analogue à la deuxième observation de M. Dumesnil. Il y a trois ans il enleva à l'aide de l'écraseur un polype naso-pharyngien à une dame qui est revenue, il y a quelques mois, avec une récidive. Le pharynx, la narine droite, le sinus droit, étaient remplis par la masse morbide; le voile du palais était refoulé en avant. La malade, âgée de 38 ans, était d'une très-mauvaise santé. L'implantation du pédicule avait lieu probablement sur la troisième ou la quatrième vertèbre cervicale. M. Demarquay eut un instant la pensée de faire la trachéotomie avant de tenter l'extirpation de la tumeur; il ne mit pas cette idée à exécution. La malade est chloroformisée; dissection de la face, ablation du maxillaire supérieur. Au moment où tout allait être terminé, sauf la cautérisation du point d'insertion du pédicule, la malade pâlit et meurt, malgré l'application immédiate de l'électricité et de la respiration artificielle.

A l'autopsie, rien dans la trachée; mais les bronches du poumon gauche sont complétement oblitérées par des caillots sanguins. La malade est morte par asphyxie. La tumeur était de nature fibro-plastique.

M. Dolbeau met en doute la nature de la tumeur du sujet de l'observation IV de M. Dumesnil, vu le sexe de la petite malade, car le polype naso-pharyngien est une maladie des garçons.

M. Verneuil fait observer qu'il faut attendre deux ans au moins avant d'affirmer la guérison d'individus opérés pour des polypes naso-pharyngiens. Les récidives ont été très-souvent constatées; les faits de M. Dumesnil ont donc besoin de confirmation. M. Verneuil, comme M. Demarquay, se rappelle avoir perdu un malade pendant l'opération, par introduction du sang dans les bronches.

Dans quelques cas, ce chirurgien s'est contenté d'enlever avec la chaîne d'écraseur, après avoir divisé le voile du palais avec le galvano-cautère, une portion plus ou moins considérable du polype, et il a réussi à soulager et à améliorer ainsi la santé de malades déjà plongés dans l'asphyxie par suite de l'obstruction des voies aériennes.

M. Léon Labbé, en 1866 et 1867, a pratiqué deux fois, à dix-huit mois d'intervalle, l'excision d'un polype naso-pharyngien qui, après avoir manifesté récemment une tendance à récidiver, est aujourd'hui en voie d'atrophie. Il a également enlevé avec le galvano-cautère et l'anse galvanique une tumeur du même genre, chez une jeune fille de 17 ans, dont la guérison date aujourd'hui d'un an; mais la récidive est encore possible.

M. Trélat déclare que les limites entre les fibromes, les fibro-sarcomes et les sarcomes ne sont pas toujours faciles à déterminer. Dans un cas qu'il a observé, la tumeur était aux neuf-dixièmes fibreuse, et sarcomateuse dans le reste de son étendue. Même observation chez un malade qui avait un polype fibreux de la base du crâne. Entre ces tumeurs et le sarcome, la transition est parfois insensible.

M. Trélat rappelle qu'il a présenté, il y a quelques mois, à la Société de chirurgie, un malade qu'il avait traité par la résection temporaire; ce malade a guéri, mais il y a eu récidive. M. Trélat a fendu alors le voile du palais sur la ligne médiane avec des ciseaux, ce qui lui a permis de faire sur la tumeur des applications de pâte de Canquoin; le résultat obtenu est considérable, mais la tumeur existe toujours. M. Trélat applique maintenant le galvano-cautère

et réprime ainsi la tumeur qui a toujours de la tendance à reparaître lorsqu'on laisse quelque temps reposer le malade. Les hémorrhagies ont, d'ailleurs, cessé complétement.

Au point de vue opératoire, la résection temporaire est bonne, suivant M. Trélat; mais, appliquée aux polypes naso-pharyngiens, elle est nuisible, car elle ne permet pas la surveillance qui est nécessaire pendant longtemps.

A la séance du 25 juin, M. Lannelongue présente un polype naso-pharyngien qu'il a opéré chez un malade très-affaibli par les hémorrhagies. Ce polype, implanté sur la base du crâne, formait au fond de la gorge une tumeur du volume du poing et envoyait deux prolongements dans les fosses nasales. M. Lannelongue a fait la section médiane du voile du palais avec le galvano-cautère; puis il a placé derrière la masse une anse galvanique, et la tumeur a été séparée de son point d'insertion; il a gratté enfin ce dernier point. Un mois après, le malade paraissait guéri.

Il y a deux mois reparurent les hémorrhagies et la gêne de la respiration, Le malade entre à l'hôpital de Bicêtre. On constate que le polype envoie des prolongements dans la fosse temporale d'un côté, sous l'apophyse zygomatique du côté de la fosse nasale et de l'orbite. Dans le fond de la gorge on voit une masse considérable. Il fallait employer une méthode ouvrant une large voie; ablation du maxillaire supérieur par le procédé de Nélaton. L'extirpation des prolongements fut difficile, principalement de celui de la fosse temporale. Le pédicule de la tumeur fut excisé avec des ciseaux et un bistouri boutonné; il avait 4 centimètres de largeur. M. Lannelongue gratta le périoste en ce point et mit les os à nu. Le malade faillit succomber; la température s'éleva à près de 40°. Mais le cinquième jour, les accidents sérieux avaient disparu.

En enlevant le maxillaire supérieur, M. Lannelongue avait laissé la muqueuse palatine pour garder une voûte ostéo-muqueuse; mais quelques points se mortifièrent et une suture devint nécessaire.

A l'œil nu, la tumeur a l'aspect fibreux; au microscope, outre le tissu fibreux, on trouve des éléments embryonnaires de tous les âges; mais l'élément fibreux domine. Selon M. Lannelongue, cette tumeur est un sarcome; il en était de même de la tumeur enlevée dans la première opération. Chaque prolongement part du pédicule comme les grains d'une grappe de raisin; le tout est enveloppé par une membrane fibreuse.

M. Lannelongue avait opéré, peu de temps avant, un jeune garçon; il avait divisé le voile du palais avec des ciseaux et avait ensuite coupé le pédicule. Plus tard, la récidive ayant eu lieu, il pratiqua l'ablation du maxillaire supérieur. Plus tard encore, nouvelle récidive; ligature de la carotide externe pour modifier la nutrition de la tumeur; le malade succomba. A l'autopsie, on trouva une infiltration d'éléments fibro-plastiques dans les os du crâne et dans le maxillaire inférieur.

M. de Saint-Germain a vu, en janvier 1871, une petite fille de 11 ans qui avait dans le fond de la gorge, derrière le voile du palais, une tumeur rouge, dont on ne voyait pas l'implantation et qui obstruait les fosses nasales. D'après le conseil de M. Guyon, il fendit le voile du palais et arracha la tumeur avec des pinces. C'était un gros polype muqueux qui envoyait des prolongements dans les fosses nasales, et dont le point d'implantation était situé immédiatement au-dessus de leur orifice postérieur.

M. Guyon a fait plusieurs opérations de polypes naso-pharyngiens :

1° Un jeune homme de 17 ans avait un polype peu volumineux, avec prolongements dans la fosse nasale et la fosse zygomatique droites; hémorrhagies fréquentes. Division du voile du palais; électrolyse avec l'appareil Thénard; les hémorrhagies cessèrent, et la tumeur diminua beaucoup de volume. Le prolongement de la joue fut ensuite enlevé. Le malade, opéré en 1868, va bien, mais il reste sur l'apophyse basilaire un coussin qui ne fait pas de progrès.

2° La même année, en 1868, M. Guyon opéra un autre malade par l'électrolyse; mais le sujet a été perdu de vue avant la guérison complète.

3° Un troisième malade, qui a aujourd'hui 25 ans, fut opéré, en 1867, par M. Houel, qui fit l'ablation du maxillaire supérieur. L'année suivante, récidive; le polype avait le volume d'un œuf de poule. M. Guyon en enleva une partie avec des pinces, et termina par l'électrolyse. Le malade est aujourd'hui guéri, n'ayant qu'un coussinet pharyngien qui ne fait pas de progrès.

4° Il y a trois ans, M. Guyon a fait l'électrolyse à travers le voile du palais chez un malade opéré une première fois par M. Nélaton; il n'existe plus aujourd'hui qu'un coussinet qui s'atrophie.

M. Verneuil est frappé des résultats avantageux dont il vient d'être question; mais ce ne sont pas là de véritables guérisons; les coussinets basilaires peuvent repousser au bout de plusieurs années, parfois après huit ans.

— *Kyste sébacé calcifié.* M. Paulet fait un rapport verbal sur une observation de tumeur de ce genre adressée par M. le docteur Béchade (de Versailles).

— M. le docteur Faucon lit un mémoire sur les obstructions du rectum par les corps fibreux de l'utérus.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

FORMULAIRE

LOTION RÉSOLUTIVE CONTRE LE PANARIS.

Acétate de plomb liquide	15 grammes.
Glycérine	25 —
Hydrolat de roses de Provins.	100 —
Eau de laurier-cerise concentrée.	20 —

Mêlez. — Plusieurs fois le jour, et pendant une heure chaque fois, on baigne dans ce liquide le doigt atteint de panaris. Dans l'intervalle des bains, cataplasmes arrosés avec la même solution. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 9 SEPTEMBRE 1827.

Le Conseil royal de l'instruction publique, en France, prend un arrêt important destiné à remédier aux abus qu'avait produits et que produisait encore l'extension accordée aux médecins reçus dans les Universités étrangères de pouvoir obtenir un diplôme de l'Université de France, en soutenant seulement une thèse. Il déclare, en conséquence :

« Qu'à l'avenir, les docteurs reçus dans les Universités étrangères seront tenus de subir les mêmes examens que les élèves des Facultés de médecine française. » — A. Ch.

COURRIER

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices, et la nomination aux places d'élèves internes* (année 1873). — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 13 octobre, *à midi précis*, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. Les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2me et de 3me année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, depuis le jeudi 11 septembre jusqu'au samedi 27 septembre inclusivement,

— A l'Exposition universelle de Vienne, c'est le modeleur en cire de la Faculté de médecine de Paris, M. Jules Talrich, qui a remporté les médailles de Progrès et de Mérite pour les travaux de médecine opératoire et anatomie des formes pour les beaux-arts.

— M. le docteur Ball, suppléant de M. le professeur Béhier, a commencé ses leçons de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, le jeudi 4 septembre. Il les continuera les mardi et jeudi de chaque semaine.

Visite des malades, salle Sainte-Jeanne, à 8 heures 1/2.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 5 septembre, on a constaté 817 décès, savoir : Variole, 2 décès ; — Rougeole, 11. — scarlatine, 0 ; — fièvre typhoïde, 32 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite aiguë, 23 ; — pneumonie, 30 ; — dysenterie, 9 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 44 ; — choléra nostras, 3 ; — angine couenneuse, 9 ; — croup, 10 ; — affections puerpérales, 3 ; — autres affections aiguës, 252 ; — affections chroniques, 303 (dont 142 dues à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 56 ; — causes accidentelles, 35.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les craintes exprimées dans la dernière séance par MM. Jules Guérin et Bouley, relativement à la signification sérieuse des cas de choléra du Havre et à l'imminence de l'invasion de l'épidémie à Paris, ne devaient malheureusement pas tarder à se réaliser. Le jour même où avait lieu la discussion provoquée par le rapport de M. le docteur Lecadre et où certains membres de l'Académie cherchaient encore à se faire illusion en présentant ces faits sous une physionomie rassurante, ce jour-là même, par une sorte d'ironie amère, le choléra faisait son entrée à Paris.

D'après les relevés officiels communiqués au commencement de la séance par M. Delpech, il y a eu à Paris, du 3 au 8 septembre inclusivement, environ 60 décès cholériques, tant en ville que dans les hôpitaux. En ville, le nombre des décès a été de 34, répartis dans les divers arrondissements; dans les hôpitaux, le chiffre de la mortalité n'a pas été moindre de 25 sur un total de 47 cas.

Il n'est donc plus permis de se faire illusion; nous sommes actuellement en pleine épidémie de choléra; mais la vérité vaut mieux que toutes les assurances vagues et trompeuses, car, le péril étant signalé, on peut au moins se tenir sur ses gardes et prendre ses précautions. Nous ne doutons pas que l'Administration, sentinelle avancée et fidèle gardienne des intérêts de la santé publique, n'ait déjà prescrit les mesures d'hygiène générale commandées par les circonstances. Quant aux précautions individuelles, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur au compte rendu de la séance, où il trouvera, à la fin du discours de M. J. Guérin, la série des moyens qu'il conseille pour combattre avec efficacité la diarrhée prodromique, dite *prémonitoire*, laquelle constitue, suivant lui, la période inoffensive, toujours curable, qui précède l'invasion du choléra grave.

La majeure partie du discours de M. J. Guérin a été consacrée à l'historique de la diarrhée prémonitoire; nos lecteurs verront au compte rendu l'importance que l'orateur attache à la démonstration de ce fait dont il fait la base de tout un système de mesures préventives d'hygiène publique et privée propres à combattre la maladie et à en triompher.

M. J. Guérin n'a pas épuisé, tant s'en faut, la question particulière qu'il s'était proposé de traiter : *De la diarrhée dans ses rapports avec le choléra*. Il n'en a

FEUILLETON

SCIENCE ET PATRIE.

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs les principaux passages du remarquable discours prononcé par M. de Quatrefages à l'ouverture de la deuxième session du Congrès pour l'avancement des sciences, dont il était le Président pour cette année :

« Messieurs,

L'Association française inaugure aujourd'hui sa seconde session; elle retrouve à Lyon la cordiale et splendide hospitalité de Bordeaux, rendue plus significative encore par un ensemble de circonstances bien dignes d'être rappelées.

La municipalité qui la première est venue en aide à notre comité lyonnais n'existe plus. Son dernier acte peut-être a été de voter la riche subvention qui devait satisfaire aux besoins, au superflu de la session. Loin de répudier ce vote, la municipalité actuelle l'a généreusement accepté comme lui léguant une dette d'honneur.

Des révolutions préfectorales, contre-coup de changements accomplis en plus haut lieu, ont placé à la tête de l'administration locale des hommes d'opinions diverses. Chez tous nous avons trouvé la même bienveillance, le même appui.

L'Association française doit donc une égale gratitude aux magistrats municipaux de la veille et à ceux du lendemain, au préfet d'hier et au préfet d'aujourd'hui. Qu'ils reçoivent les uns et les autres l'expression de notre reconnaissance la plus vive, la mieux sentie.

Mais n'admirez-vous pas, Messieurs, comment des hommes, partout ailleurs en lutte ardente,

traité qu'une partie, celle qui, a-t-il dit, présente actuellement le plus d'utilité et d'intérêt, la question de la *diarrhée qui précède et accompagne les cas particuliers de choléra;* c'est le côté particulier, pour ainsi dire, de son sujet. Dans la prochaine séance il en abordera le côté général : la question de *la diarrhée qui précède et accompagne les épidémies.*

Dans le préambule de son discours, l'orateur ne s'est pas refusé la satisfaction de rompre en passant une lance en l'honneur de la doctrine de la spontanéité du choléra contre la doctrine de l'importation, « système à pathologie étroite et à thérapeutique stérile, a-t-il dit, qui a pour conséquence de bouleverser tous les intérêts commerciaux en conduisant de nos jours les gouvernements à prescrire des mesures prophylactiques à peine dignes du moyen-âge de la science. »

Sans nier la part de l'importation et de la contagion dans les épidémies de choléra, puisque, dans les idées de l'auteur, chaque cas devient un petit foyer de propagation, un petit centre d'infection et d'irradiation; sans nier donc la part d'influence de l'importation, M. J. Guérin s'est plu à mettre en relief les contradictions sans nombre que les faits infligent au système de l'importation admis d'une manière exclusive. Ce système a conduit, en effet, entre autres contradictions, à résoudre tantôt d'une manière affirmative, tantôt d'une façon négative, la doctrine de la contagion du choléra. Suivant M. J. Guérin, ces contradictions se résolvent d'une manière naturelle dans une conception plus large, la spontanéité, qui, au lieu de prendre le choléra tout fait, le prend *ab ovo* et tient compte de son embryogénie; dans une doctrine, enfin, dont les faits et les témoignages ne peuvent pas être contradictoires comme ceux du système adverse, puisqu'elle s'appuie sur l'évolution de la maladie et sur les lois de la pathologie.

L'orateur n'a touché qu'en passant, mais d'une façon brillante, à cette grande question de la spontanéité et de l'importation du choléra. Il y reviendra sans nul doute, et nous pourrons alors, après avoir entendu contradictoirement les défenseurs des deux doctrines rivales, les apprécier et voir quelle est celle qui rend le mieux compte de tous les faits connus.

Dr A. TARTIVEL.

---

se sont trouvés subitement sentir et penser de même dès qu'il s'est agi de notre Association! C'est que, placée en dehors et au-dessus des opinions qui se combattent, n'appartenant à aucune, elle n'en tient pas moins à toutes par les sentiments généreux et vrais, par ce que les hommes d'intelligence et de cœur portent en eux. Or, croyez-le bien, Messieurs, il y a de ces sentiments dans toutes les doctrines qui nous divisent, il y a de ces hommes dans tous les partis !

Le malheur est qu'ils ne savent à quoi se rattacher et se prendre pour se rencontrer.

La France aujourd'hui est comme une mer au lendemain d'un ouragan, alors que les flots, cherchant le niveau perdu, retombent et s'entre-choquent dans un inextricable désordre. Chez nous aussi, les groupes formés au vent de la révolution se heurtent, le plus souvent sans but, et usent à ne rien faire les forces vives de la nation. Chacun d'eux a son drapeau, hostile à tous les drapeaux voisins. Nous aussi nous avons le nôtre et nous le plantons hardiment au cœur de la mêlée comme un signal de rendez-vous à tous les hommes de bonne volonté. Quelle que soit leur bannière habituelle, ils peuvent, sans la trahir, passer quelques jours au moins à l'ombre de celle qui n'a d'autre devise que les mots SCIENCE ET PATRIE.

Qu'ils viennent donc grossir nos rangs, où les attendent à coup sûr d'heureuses surprises ! Ils y apprendront à se rendre justice, et tels qui se croient aujourd'hui adversaires irréconciliables seront demain alliés sérieux, plus tard peut-être amis dévoués. La science les unira.

Quiconque aime le vrai doit aimer la science, cette lumière de l'esprit qui chasse l'erreur d'où qu'elle vienne, comme le soleil dissipe la brume, qu'elle soit sortie de la fange ou descendue du ciel. Quiconque aime son pays doit aimer la science, qui seule peut forger les armes nécessaires aux luttes de tout genre du présent et de l'avenir. . . . . .

Je ne vois dans les annales de l'esprit humain qu'un temps comparable à celui qui dure

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ORIGINE ET DE L'ÉLIMINATION DE L'URÉE ;

Par le docteur RABUTEAU.

On sait que l'homme et les animaux soumis à un régime suffisant et identique, et se trouvant en état de santé, éliminent chaque jour la même quantité d'urée. C'est du moins ce que j'ai vérifié un grand nombre de fois et que je considère comme si important, que les dosages de l'urée faits dans le but d'étudier l'influence des substances médicamenteuses sur la nutrition n'ont, à mes yeux, de la valeur, que si le sujet ou l'animal en expérience est soumis à un régime identique, en même temps qu'il est sous l'influence du médicament.

Mais une question se présente, qui n'est pas neuve toutefois, mais qui n'a pas été résolue par ceux-là mêmes qui l'ont soulevée. Cette question est la suivante : *L'urée provient-elle des aliments azotés qui viennent d'être ingérés, ou provient-elle uniquement de la désassimilation des éléments anatomiques azotés?* En d'autres termes : *Est-il nécessaire que les éléments azotés se soient assimilés, qu'ils aient fait partie constituante de l'organisme avant de se transformer en urée ?* On voit que j'écarte le fait que j'ai cité en premier lieu et qui est démontré, savoir, que le genre d'alimentation influe sur l'élimination de l'urée, et que je me restreins à la question suivante, celle de l'assimilation ou de la non-assimilation préalable des aliments avant leur métamorphose en urée (1).

L'expérience suivante tend à établir cette proposition. Elle date de quelque temps déjà ; elle devait faire partie d'un travail d'ensemble que je m'étais proposé d'entreprendre sur la question et que j'ai été obligé d'interrompre. Pendant la durée de cette expérience qui a été faite sur moi-même, alors que je concourais pour l'agrégation à la Faculté de médecine, j'ai suivi un régime très-régulier et identique.

(1) On m'a fait dire (*Gaz. méd. de Paris*, 2 août 1873) que je niais l'usure des organes, et que l'urée éliminée n'eût fait partie en aucune façon de nos tissus. Jamais je n'ai rien dit de semblable. Ce que j'ai énoncé, c'est que l'urée éliminée chaque jour dans les circonstances ordinaires provenait en majeure partie des aliments ingérés, sans qu'ils eussent dû s'assimiler préalablement.

---

encore et au milieu duquel nous vivons. Ce fut au sortir du moyen âge, alors que la société européenne commençait à s'asseoir et cherchait pour ainsi dire comment utiliser un repos relatif. On sait avec quelle pieuse ardeur elle se mit en quête des trésors intellectuels échappés à la barbarie, avec quelle émulation elle s'élança sur les traces de ses modèles, quel nombre immense d'œuvres en tous genre atteste sa fécondité puissante et comme inspirée. Le symbole de cette époque, c'est Colomb découvrant un monde nouveau.

Mais ce mouvement de l'intelligence tourna presque en entier au profit des lettres et des beaux-arts ; à ce point de vue, le siècle de Léon X et de François Ier a certes mérité qu'on lui donnât un nom. Sous d'autres rapports, celui qui vient de s'écouler en est peut-être plus digne encore. Il n'a pas seulement enfanté une *renaissance*, il a produit un *avénement* ; c'est le *siècle de la science*.....

Quelques esprits se sont émus de cette direction nouvelle. Ils ont cru que la science se matérialisait en prêtant son concours à la pratique ; ils ont prédit qu'abaissée par l'utilitarisme elle perdrait son élévation première. Aucun de vous, Messieurs, ne partagera ces craintes. Le soleil ne perd ni sa lumière ni sa chaleur pour mûrir les fruits après avoir fait épanouir les fleurs. Ce n'est pas au moment où elle analyse les flammes de cet astre et y retrouve les corps simples de notre propre globe, que la science peut être accusée de déchoir.

L'application est d'ailleurs elle-même un élément du progrès scientifique. Grandissant, se diversifiant sans cesse, elle devient plus exigeante ; elle semble inventer des problèmes pour les poser à la science pure, et, pour les résoudre, celle-ci doit faire de nouveaux efforts. Spectacle magnifique et sans exemple dans le passé ! Sans jamais se lasser, l'intelligence interroge la nature vivante ou morte ; sans cesse la matière répond en sollicitant l'intelligence ; et de ces actions, de ces réactions fécondes, résulte chaque jour un pas en avant.....

		Urine. gr.	Urée. gr.
Le 15 juin 1869, de midi à 5 heures 1/2 du soir.		201	4,02
Le 16 id. id. id.		193	3,97
Le 17 id. id. id.		199	4,17
Le 18 id.	de 4 h. du matin à 9 h. 1/2.	207	3,50
	de midi à 5 h. 1/2	214	4,09
Le 19 id.	de 4 h. du matin à 9 h. 1/2.	176	2,79
	de midi à 5 h. 1/2	195	4,30
Le 21 id.	de 4 h. du matin à 9 h. 1/2.	200	3,05
	de midi à 5 h. 1/2	245	4,51
Le 22 id.	de 4 h. du matin à 9 h. 1/2.	234	3,58
	de midi à 5 h. 1/2	241	4,63
Le 23 id.	de midi à 5 h. 1/2	211	4,59
Le 24 id.	id. id.	231	4,73

En calculant les moyennes, on trouve, pour l'urée éliminée de midi à cinq heures et demie, le nombre 4 gr. 29, et pour l'urée éliminée de quatre heures à neuf heures et demie du matin, le nombre 3 gr. 23. La différence est de 1 gr. 06; soit de 24,71 pour 100, si l'on représente par 100 la quantité d'urée éliminée dans l'après-midi.

D'après ces résultats, on voit que l'élimination de l'urée a été plus grande pendant les heures qui suivent les repas, et moins grande pendant les heures éloignées des repas, lors même que ceux-ci avaient été plus copieux, comme le dîner, par exemple. On pourrait objecter que, l'exercice étant plus actif en général dans l'après-midi que dans la matinée, il n'était pas étonnant que l'urée eût été formée et excrétée en plus grande quantité dans la première période; mais je ferai remarquer que, dans ces deux périodes, j'étais à l'état de veille et me livrais au même travail (1).

La conclusion légitime de ces expériences, c'est que l'urée que nous éliminons chaque jour provient en majeure partie des aliments. C'est à cette conclusion que

(1) J'ajouterai que, le jour où j'ai fait une leçon publique à la Faculté de médecine, le 21 juin, après une heure de réflexion, je n'ai pas trouvé une augmentation de l'urée comparativement aux autres jours. Cependant cette augmentation aurait dû exister, d'après l'opinion de M. Byasson, car j'étais alors en pleine activité cérébrale.

Aujourd'hui, personne, Messieurs, n'échappe à la science, on ne peut se passer d'elle. Elle est partout dans nos maisons, elle nous accompagne dans le monde ; elle se glisse à notre table, à notre foyer, à notre chevet ; elle se mêle à nos fêtes pour les rendre plus éblouissantes ; elle touche aux plus éclatantes parures pour les embellir encore, et en même temps elle fabrique pour nos petits enfants des jouets charmants, mais qui coûtent si peu qu'on les donne dans les magasins pour attirer les mères et en faire des clientes.

Certes, les titres de la science actuelle valent ceux que pouvaient invoquer les lettres au temps de la Renaissance, et elle a bien le droit de réclamer sa place au soleil. La force des choses la lui a faite grande et belle à certains égards; mais une partie de la société la repousse encore et la craint. Chose étrange! c'est peut-être dans le monde de l'instruction publique qu'elle est le moins bien accueillie. Les lettres, longtemps seules maîtresses de ce domaine, le défendent pied à pied. Il faudra pourtant bien qu'elles se résignent au partage, sous peine de provoquer une réaction qui pourrait leur être fatale et que les vrais savants seraient les premiers à déplorer. . . . . .

Les littérateurs adressent à l'enseignement scientifique bien des reproches qui se ressemblent tous au fond et se ramènent à un seul. La science, disent-ils, étouffe le sentiment et l'imagination; elle tue l'idéal et rapetisse l'intelligence en l'emprisonnant dans les limites de la réalité; elle est incompatible avec la poésie.

Les hommes qui parlent ainsi n'ont jamais lu Képler l'astronome, Pascal le géomètre, Linné le naturaliste, Buffon le zoologiste, Humboldt le savant universel. Quoi! la science éteindrait le sentiment, l'imagination, elle qui nous met à chaque heure en présence de merveilles? Elle abaisserait l'intelligence, elle qui touche à tous les infinis? Ah! quand les littérateurs et les poëtes connaîtront la science, ils viendront, eux aussi, puiser à cette source vive! Comme

j'étais arrivé à la suite des dosages d'urée que j'ai effectués, dans ces dernières années, dans les urines de l'homme et des animaux, et qui sont déjà très-nombreux, attendu qu'ils s'élèvent à près de deux mille. J'avais vu d'ailleurs, chez mes chiens, que l'urine était très-peu riche en urée lorsque je les nourrissais avec du pain, qu'elle était au contraire tellement riche en ce principe qu'elle se figeait par l'addition de l'acide nitrique, lorsque je les nourrissais exclusivement avec de la viande. On sait, en effet, que le nitrate d'urée est beaucoup moins soluble que l'urée, surtout dans une liqueur acide; c'est pourquoi, lorsqu'on verse de l'acide nitrique dans une urine très-riche en urée, cette urine se prend en masse, de sorte qu'on peut renverser le vase sans qu'il s'écoule rien.

Il en est de même chez l'homme, comme j'ai pu m'en convaincre plusieurs fois. L'alimentation est-elle fortement animalisée, l'urine contient beaucoup d'urée; est-elle peu riche en azote, l'urine contient très-peu d'urée. Je citerai un exemple. On m'avait apporté, avec prière d'en faire l'analyse, les urines d'une jeune religieuse. Je les trouvai normales quant à la qualité; mais ces urines, éliminées en un jour, ne contenaient que 8 grammes d'urée, au lieu de la moyenne, qui est comprise entre 18 et 25 grammes, du moins dans notre pays, et notamment à Paris. Or, j'appris que le jour où elles avaient été recueillies était un jour d'abstinence; cette pauvre fille n'avait mangé que des légumes; dès lors, tout s'expliquait. C'était surtout le gluten du pain qui avait fourni l'urée.

Des faits analogues ont été constatés par divers physiologistes, mais ce que mes expériences personnelles conduisent à prouver, c'est que l'urée provient presque exclusivement des matériaux azotés faisant partie de l'alimentation *avant qu'on puisse admettre qu'ils aient subi une assimilation préalable*. D'ailleurs, les sulfates et les phosphates qu'on retrouve dans les urines se forment si rapidement, suivant le genre d'alimentation, qu'on ne peut admettre non plus que le soufre et le phosphore qui étaient contenus dans les aliments, et qui leur ont donné naissance, aient fait partie intégrante de l'organisme avant de s'oxyder.

Ainsi, dans le cours de mes recherches sur le brome normal (Voyez *Gazette hebdomadaire*, 1868), j'ai opéré l'évaporation et l'incinération des résidus de plus de deux cents échantillons d'urine; or, j'ai pu, dans certains cas, diagnostiquer partiellement le genre d'alimentation des personnes qui m'avaient remis de leurs urines. Il m'est arrivé parfois de trouver une grande quantité de sulfure de potassium dans le résidu incinéré des urines additionnées préalablement d'un peu de

---

Byron de nos jours, comme Homère autrefois, ils lui emprunteront des images saisissantes, des descriptions, dont l'éclat sera doublé par la vérité. Homère, Messieurs, fut un savant pour son époque. Il a connu la géographie, l'anatomie de son temps. Il plaçait dans ses vers les noms des îles et des caps, les termes techniques de clavicule et d'omoplate. Il n'en a pas moins écrit l'*Iliade*.

Non, jamais l'étude des sciences n'éteindra le génie d'un poëte inspiré, d'un véritable peintre, d'un grand sculpteur. Mais elle éclairera plus d'un esprit fourvoyé; elle transformera peut-être en savant de mérite, tout au moins en citoyen utile à lui-même et aux autres, tel homme qui n'eût été sans cela qu'un de ces prétendus génies imcompris, destinés à périr de misère, d'impuissance et d'orgueil.

Pendant le dernier siége de Paris, les savants appelés au secours de la défense modifièrent les piles pour l'éclairage électrique des avant-postes, inventèrent toute une télégraphie optique nouvelle, purifièrent le salpêtre par des procédés plus rapides, brisèrent avec la dynamite la glace qui immobilisait nos canonnières, tirèrent d'os jetés au rebut cette osséine qui vint fort à propos s'ajouter à nos quelques grammes de viande. Hélas! leur savoir n'allait pas jusqu'à faire du blé, et, faute de pain, Paris dut capituler.

En province, le rôle des savants ne fut ni moins actif ni moins utile. Rappelons seulement cette capsulerie de Bordeaux, où la substitution du picrate de plomb au fulminate de mercure, qui manquait, fit voir une fois de plus ce que le pays en danger peut attendre de la science.

Le siége d'une capitale, des catastrophes comme celles que nous avons traversées sont des accidents cruels, mais rares dans la vie d'une nation. Il est des circonstances moins douloureuses et plus fréquentes; il est des jouets pacifiques où l'on ne saurait se passer de savants. Voyez comment sont composés les jurys des Expositions internationales! Sans doute, chaque

potasse ; or, ces mêmes personnes me disaient ensuite qu'elles avaient mangé des œufs en assez grande quantité. On sait que les matières albuminoïdes, surtout l'albumine de l'œuf, renferment une quantité notable de soufre. Ce métalloïde s'était oxydé dans l'économie, s'était transformé en sulfates, et ce sont ces sulfates qui, sous l'influence de la chaleur et du carbone des matières organiques contenues dans l'urine, avaient donné naissance à un polysulfure, à un véritable foie de soufre que je trouvais dans mes analyses.

Est-ce à dire que l'urée qu'on retrouve dans l'urine ne provienne que des aliments azotés qui se sont brûlés avant de s'être assimilés. Nullement, car les éléments anatomiques sont sans cesse en voie de rénovation, et l'on doit admettre, dans l'état actuel de la science, que les éléments azotés donnent naissance, en cessant d'être eux-mêmes, à des produits plus stables, contenant aussi de l'azote, tels que l'urée, l'acide urique, la créatine. Mais ce que je tiens à mettre en évidence, comme étant une conséquence nécessaire de l'expérience, c'est qu'il n'est pas nécessaire que les matériaux de l'alimentation se soient assimilés préalablement, comme on le croit généralement, avant d'être détruits ensuite, c'est-à-dire d'être transformés en urée, en eau, en acide carbonique, et en d'autres produits qui doivent être éliminés comme substances inutiles. En d'autres termes, les aliments que nous ingérons sont comme le combustible introduit dans une machine à feu ; ils brûlent dans notre machine vivante. Il y a néanmoins cette différence, que la machine vivante se consume elle-même plus que la première, mais d'une manière lente et en se réparant sans cesse, pourvu que les aliments soient ingérés en quantité suffisante. Lorsque l'alimentation est insuffisante, ce ne sont pas les tissus azotés, tels que les muscles, mais les substances non azotées, telles que les matières grasses qui se consument le plus, comme l'ont démontré les expériences de Chossat sur l'inanition. Sans doute, chez les herbivores soumis à l'inanition, la proportion de l'urée augmente dans les urines qui deviennent acides d'alcalines qu'elles étaient, et se rapprochent de celles des carnivores, d'après les recherches de Cl. Bernard ; mais il faut remarquer que la proportion de l'urée est faible néanmoins, et nullement comparable à celle qu'on trouve chez un carnivore, ni même chez un omnivore, dans les circonstances ordinaires de l'alimentation.

La combustion immédiate des matériaux azotés absorbés après leur élaboration dans le tube digestif, pouvait même être admise *à priori*. Les sels à acides végé-

---

État y envoie des négociants émérites, des chefs d'industrie éprouvés, des agriculteurs éminents, mais il y envoie aussi et surtout des savants. C'est que dans ces moments solennels, où les peuples ont à comparer leurs forces les plus réelles, où chacun sait qu'il y va de son honneur dans le présent, de sa prospérité dans l'avenir, la variété s'impose ; et, pour s'éclairer, qu'il s'agisse de canons ou de soieries, de télescopes ou de cristaux, de bijoux ou de quincaillerie, on sent que la science est nécessaire et l'on a recours aux savants.

Mais, l'Exposition une fois close, l'État laisse les savants retourner à leurs cabinets. Je voudrais qu'il les gardât au service du pays. Ces hommes, à qui l'on demande de comprendre et de juger des merveilles, seraient à coup sûr de bon conseil pour apprendre à en produire. Lorsque la science est partout, il ne saurait être inutile aux gouvernants de pouvoir être éclairés à toute heure sur des questions scientifiques. Pour être moins pressants, moins impérieux qu'aux jours de péril, les besoins de l'agriculture, de l'industrie, du commerce, comme ceux de la marine ou de l'armée, ne changent pas de nature. Pourquoi attendre la nécessité pour interroger les savants ?

Un jour viendra où chaque grande administration aura son comité consultatif, essentiellement composé d'hommes de science ; et ce jour-là, soyez-en certains, bien des fautes seront évitées, bien des forces aujourd'hui perdues seront utilisées.

Mais pour qu'une institution pareille naisse et se développe, il est nécessaire que le rôle de la science soit universellement compris et accepté. Atteindre ce résultat est un des premiers buts de l'Association française. Voilà pourquoi elle ne convoque pas seulement les savants à ses réunions, pourquoi elle y appelle tout le monde. Aux classes riches et oisives elle veut montrer ce que l'étude de la nature et de ses forces a d'aimable et de grand ; elle veut ouvrir à leur activité, qui trop souvent s'égare, des voies où elle trouverait à se satisfaire d'une manière attrayante et honorable pour elles, glorieuse pour le pays. Aux classes laborieuses, à

taux tels que les tartrates, les malates, les citrates de potasse (1) qui se trouvent dans les fruits, étant ingérés, sont brûlés rapidement, sont tranformés en carbonate de potasse qui rend les urines alcalines. Il suffit de manger une livre de cerises pour que, au bout de quelque temps, les urines, d'acides qu'elles étaient, ramènent au bleu le papier rouge de tournesol. La glycose injectée dans le sang en petite quantité à la fois se brûle rapidement, de sorte qu'il n'en passe aucune trace dans l'urine, ainsi que M. Cl. Bernard l'a démontré. S'il en est ainsi des substances alimentaires non azotées, pourquoi n'en serait-il pas de même des substances azotées? C'est en me fondant sur cette hypothèse éminemment plausible que j'avais entrepris l'expérience qui fait l'objet de cette note.

Ces données présentent une application pratique. On exécute fréquemment, aujourd'hui, des dosages d'urée dans les hôpitaux; mais souvent, il faut en convenir, les résultats obtenus ne sont d'aucune utilité et induisent même en erreur. On ne tient pas suffisamment compte de l'alimentation des malades; j'ai même lu des observations où il n'en était pas question. Aussi les résultats sont-ils discordants au plus haut degré. Un malade, par exemple, a un mouvement fébrile accentué, et l'on trouve notée dans les observations une diminution de l'urée, tandis que l'on sait que, dans les circonstances ordinaires, la fièvre s'accompagne et se trouve même précédée d'un accroissement subit des oxydations par lequel s'explique l'élévation de la température. Cependant, les dosages de l'urée paraissent avoir été faits avec soin au point de vue chimique, mais on a négligé un terme important pour l'interprétation des résultats; le malade était alors à la diète, tandis que, les

(1) Je rappellerai à ce sujet que, d'après mes recherches, les *quinates*, les *formiates*, les *fumarates* et les *méconates* alcalins sont transformés en carbonates alcalins dans l'organisme (voyez mes *Éléments de thérapeutique et de pharmacologie*, et *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 1872). Il en est de même des *aconitates*, d'après des recherches dont les résultats ont été annoncés l'an dernier devant la Société de biologie. J'ai reconnu que les aconitates de potasse et de soude ne sont pas toxiques. L'aconitate de soude se comporte comme le citrate de soude; il purge à haute dose (15 à 20 grammes, par exemple); il est absorbé lorsqu'il a été ingéré à faible dose (5 à 10 grammes, par exemple) et rend les urines alcalines, par suite de sa transformation en carbonate de soude et de son élimination par les reins sous cette forme.

Diverses substances complétement minérales commencent à s'oxyder aussitôt après leur introduction dans l'organisme. Tels sont les sulfites et les hyposulfites, d'après mes recherches, qui ont complété et rectifié diverses données fournies par Polli et par Kletzinski. (*Comptes rendus de la Société de biologie*; 1868.)

---

celles mêmes dont la vie se passe dans les labeurs du prolétariat, elle veut faire comprendre ce que la science a d'utile, ce qu'elle a fait pour le bien de chacun, pour la prospérité de la patrie.

Vous le voyez, Messieurs, ces mots de *pays* et de *patrie* viennent comme d'eux-mêmes se placer sous la plume dès qu'il s'agit de la science et de ses résultats. Il est, en effet, difficile aujourd'hui de séparer ces deux idées. Dans le siècle de la science, une nation ne saurait être grande et forte qu'en s'inspirant du génie du temps et en s'imprégnant de l'esprit scientifique.

Voilà surtout pourquoi nous voulons voir la sience avancer et se répandre dans notre pays, naguère si cruellement éprouvé. Tous nous avons pleuré les malheurs de la France, tous nous souffrons de la plaie que des désastres sans exemple lui ont laissée au flanc; tous nous songeons à l'avenir. La grande tâche de l'Association française est de le préparer en montrant la route qui conduit au but, en indiquant les armes qui, dans les luttes de la paix ou de la guerre, peuvent seules donner la victoire.

Ne nous le dissimulons pas, nous aurons besoin de persévérance. Ce n'est pas en quelques années que l'on transforme des habitudes, et les habitudes françaises sont peu favorables à notre œuvre.

Les générations se sont succédé, vivant dans l'indifférences de ce que nous voulons faire aimer; ne soyons pas surpris si leurs descendants leur ressemblent. Ils nous opposeront cette force d'inertie qui use trop souvent les plus fermes courages, les plus nobles ardeurs; ils y ajouteront peut-être la raillerie et le dédain. Méprisons ces armes de l'ignorance et de la paresse. Appelons-en au temps. Persévérons! Et avec la patrie pour but, la science pour moyen, le passé pour leçon, l'avenir pour espérance, n'oublions rien et travaillons. »

jours précédents, il prenait des aliments azotés qui donnaient de l'urée en quantité supérieure à celle trouvée actuellement. Toutefois, pour que la température s'élève dans un accès de fièvre, il faut que quelque chose se consume; or, ce qui disparaît, ce sont surtout les matières grasses, d'où l'amaigrissement considérable des fébricitants soumis à la diète (1). Il est donc indispensable de tenir compte du régime des malades, si l'on veut des variations de l'urée sous l'influence d'un état morbide donné ou d'une substance médicamenteuse.

C'est également pour n'avoir pas tenu compte de l'alimentation des malades que la question de l'élimination des chlorures dans diverses maladies, notamment dans la pneumonie, est si embrouillée. On dose chaque jour, par exemple, les chlorures contenus dans les urines d'un sujet atteint de pneumonie; on trouve une diminution de ces principes pendant la période d'état de la maladie à ses divers degrés; puis, lorsque le malade entre en convalescence, on constate une aumgentation des chlorures dans les urines. On conclut alors que, dans la pneumonie, les chlorures sont retenus dans l'organisme. Certes, je suis loin de rejeter cette conclusion; d'ailleurs, le véritable esprit scientifique consiste à être disposé à tout admettre, mais après démonstration. Or, j'ai vu, dans diverses observations recueillies à ce sujet, que l'on n'avait pas tenu compte de l'alimentation des malades; que ces malades qui ne prenaient pas d'aliments salés (comme le sont nos mets ordinaires, avec lesquels nous ingérons une moyenne de 10 grammes de sel par jour) avaient, au contraire, reçu du bouillon et des potages en assez grande quantité dès le début de la convalescence. On aurait dû tenir compte de cette circonstance, car c'est par le bouillon, qui est toujours assez fortement salé pour être agréable, que nous ingérons une forte proportion de chlorure de sodium. Quelle conclusion doit-on tirer également des analyses qui n'ont pas porté sur les urines totales éliminées en un jour, mais seulement sur un échantillon recueilli à un moment quelconque de la journée?

Opinions diverses sur la provenance et le lieu de formation de l'urée. — Les expériences analogues à celles que j'ai faites sont d'autant plus nécessaires que la question qui me semble avoir reçu un commencement de solution a été longtemps controversée. Ainsi, Neubauer et Vogel disent, dans un langage nuageux, que « l'urée, qui, dans l'urine humaine, occupe la première place, est le produit le plus important de la métamorphose régressive des éléments azotés du corps, desquels elle dérive certainement sous l'influence de l'action oxydante de l'organisme, mais par un procédé qui, il est vrai, est encore mystérieux » (quelques recherches inédites me font penser que c'est l'acide urique qui résulte spécialement de la rénovation des éléments anatomiques azotés faisant partie constituante des tissus). Lehmann avait admis, au contraire, l'opinion que mes expériences confirment, mais en se fondant sur une expérience inexacte : il avait cru remarquer que « la caféine se transformait en urée dans l'organisme. » (*Lehrbuch der physiologischen Chemie*, I, page 173.)

Maintenant, nous devons nous demander en quel point de l'économie se forme l'urée. On admettait jadis, et certain professeur de physique a écrit et répète encore que les combustions s'effectuent dans les capillaires. L'erreur est moins grande sans doute que celle d'après laquelle les combustions devraient s'effectuer dans les poumons, mais elle n'existe pas moins. Pour Hoppe Seyler, les combustions ne s'effectueraient jamais dans le sang, et seulement dans les tissus. Mais comment concilier cette opinion avec ce fait que Liebig, cité par Lehmann, n'aurait trouvé aucune trace d'urée dans les liquides musculaires? Je me hâterai cependant de dire que l'urée existe dans le suc musculaire; car, dans des recherches que j'ai faites avec mon ami F. Papillon, dans le laboratoire de M. Coste, à Concarneau, où nous avions reçu une mission scientifique, j'ai trouvé une assez grande quantité d'urée (et probablement aussi de triméthylurée qui donnerait de la triméthylamine)

(1) Il y a également augmentation de l'acide urique. J'aurai prochainement l'occasion de publier quelques recherches sur l'origine de ce principe.

dans les masses musculaires de la raie bouclée (*raja clavata*) et de divers squales (1). Aussi ne puis-je que répéter ce que j'ai écrit ailleurs, savoir : que « le foyer de la machine animale existe partout, aussi bien dans les liquides intra-vasculaires, tels que le sang et la lymphe, que dans les liquides extra-vasculaires qui baignent les éléments anatomiques ou en forment une partie intégrante, comme le suc musculaire. En effet, ce n'est pas exclusivement dans les capillaires généraux, comme l'avait admis Lagrange, et comme on le répète sans cesse, que se passent les phénomènes de combustion. Les capillaires ne sont que des organes vecteurs du sang au même titre que l'aorte, mais se laissant facilement traverser par les liquides et les gaz contenus soit dans le sang, soit en dehors de ce liquide. Les phénomènes chimiques de la nutrition s'effectuent partout, là même où il n'y a pas de capillaires, aussi bien dans les faisceaux primitifs des muscles que dans la cornée et dans le tissu cartilagineux dénués de vaisseaux. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 septembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Galezowski accompagnant l'envoi d'une nouvelle pince destinée à saisir les aiguilles fines pour les sutures qui se pratiquent sur les yeux dans les autoplasties palpébrales.

2° Une lettre de M. le docteur Belhomme, qui se porte comme candidat dans la section d'anatomie pathologique.

3° Une note de M. Decaisne, sur l'asthme dit d'été, ou fièvre de foin, considérée comme entité morbide.

4° La Société protectrice de l'enfance transmet le programme du Congrès médical scientifique spécial à l'enfance, qui aura lieu à Marseille le 2 février 1874. (Renvoyé à la commission permanente d'hygiène de l'enfance.)

5° Une lettre de M. le docteur Pinel, accompagnant l'envoi d'une photographie d'un cas de sexdigitalisme double et héréditaire.

6° Le rapport annuel de M. le docteur Leplat, sur les eaux thermales d'Hammam-Kira, province d'Alger. (Com. des eaux minérales.)

7° Trois lettres relatives au choléra : deux de MM. Marguerite et Deros, du Havre, qui affirment avoir observé dans leurs services hospitaliers des cas parfaitement confirmés de choléra asiatique; la troisième de M. le docteur Linas, qui relate un fait de choléra asiatique constaté, à Paris, par lui et M. le docteur Moissenet, chez une dame arrivant de Hambourg.

—

M. le Secrétaire perpétuel dépose sur le bureau le deuxième fascicule des *Leçons de clinique obstétricale* professées, à l'hôpital des Cliniques, par M. Depaul, et rédigées par M. le docteur de Soyre, chef de clinique d'accouchements.

M. Bergeron fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Simonin (de Nancy), d'une brochure intitulée : *Innocuité et utilité de l'extrême et rapide dilatation de l'urèthre chez la femme pendant l'anesthésie produite par le chloroforme.*

—

M. Delpech communique la statistique suivante des cas de choléra qui ont été constatés à Paris depuis le 5 septembre. Il y a eu en ville :

Le 5, 6 décès, dont 4 de choléra asiatique, 1 de choléra nostras, et 1 de cholérine;
Le 6, 10 décès, dont 9 attribués au choléra proprement dit, et 1 au choléra nostras;
Le 7, 8 décès, dont 5 de choléra et 3 de choléra nostras;
Le 8, 10 décès, dont 9 de choléra et 1 de choléra nostras.

Total : 34 décès.

L'épidémie s'est répandue à peu près également dans tous les quartiers de la ville.

Dans les hôpitaux, il a été observé 47 cas de choléra, sur lesquels il y a eu 25 décès.

En tout on a constaté, à Paris, depuis les premiers jours de septembre, 59 décès par le choléra.

(1) *Comptes rendus* des séances de l'Académie des sciences (1873).

M. Briquet demande à faire une rectification à la rédaction du procès-verbal de la dernière séance. Il dit que, lorsqu'il a pris, le 1er septembre, le service de M. Moutard-Martin, à l'hôpital Beaujon, il y a trouvé deux femmes entrées de la veille, dans la soirée, et atteintes de diarrhée cholériforme; ces deux femmes sont aujourd'hui guéries. M. Moutard-Martin n'avait pas eu connaissance de ces deux cas.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux membres correspondants étrangers, l'un dans la section de pathologie et de thérapeutique, l'autre dans la section de physique, de chimie et de pharmacie.

Dans la première section, la commission propose comme candidats : en première ligne, M. Bennet (d'Édimbourg); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. van Beneden (de Louvain) et Barnes (de Southampton). Sur 37 votants, dont la majorité est 19, M. Bennet obtient 28 suffrages; M. van Beneden 8; 1 bulletin blanc. — En conséquence, M. Bennet ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant étranger de l'Académie.

Dans la deuxième section, la commission propose comme candidats : en première ligne, M. de Vry (de La Haye); en deuxième ligne, *ex æquo*, M. Howard (de Londres) et M. de Luna (de Madrid). Sur 33 votants, dont la majorité est 17, M. de Vry obtient 27 suffrages; M. de Luna 3; M. Howard 2. — En conséquence, M. de Vry ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant étranger de l'Académie.

—

M. le docteur Delaunay, médecin à Rueil, lit le résumé d'un mémoire sur les brûlures causées par le pétrole dans la catastrophe de Rueil. — Ce travail, dont nous regrettons de n'avoir pu trouver le manuscrit au secrétariat, a été renvoyé à une commission composée de MM. Bergeron, Larrey et Giraldès.

—

L'ordre du jour appelle la discussion sur le choléra. — La parole est à M. Jules Guérin.

Après un préambule dans lequel il montre l'étendue et la complexité de la question, le nombre et la difficulté des problèmes à résoudre, les incertitudes et les contradictions de la science, la stérilité des résultats obtenus par suite de la mauvaise direction qu'on a prise, l'orateur touche en passant d'une manière générale à la doctrine de l'importation, qu'il combat, parce qu'elle est impossible, suivant lui, de se rendre raison des faits, et à laquelle il cherche à substituer la doctrine de la spontanéité, qui s'appuie sur des témoignages bien autrement certains que ceux de la première, car ils sont tirés de l'évolution de la maladie et des lois de la pathologie.

L'orateur aborde ensuite la question de la diarrhée dans ses rapports avec le choléra, question qui en comprend trois autres, savoir : 1° de la diarrhée qui précède les épidémies de choléra; 2° de la diarrhée qui accompagne les épidémies de choléra; 3° de la diarrhée qui précède et accompagne les cas particuliers de choléra.

La troisième question, étant devenue malheureusement la plus utile et la plus urgente aujourd'hui, par suite de l'explosion de l'épidémie à Paris, c'est par celle-là que l'orateur se propose de commencer.

Il rappelle que le premier, dès l'épidémie de 1832, il signala ce fait depuis admis par tout le monde, à savoir que le choléra débute par une diarrhée prodromique, dite *prémonitoire*. Malgré l'universalité des observateurs qui ont reconnu la réalité de ce fait, cependant, depuis la dernière épidémie de 1866, des circonstances se sont produites qui ont paru en obscurcir l'évidence, et c'est pourquoi M. J. Guérin vient de nouveau appeler sur lui l'attention.

Il rappelle qu'en 1832 tous les rapports, tous les ouvrages, toutes les observations publiées sur le choléra, relataient des cas de choléra subits, foudroyants. M. J. Guérin fut le premier à combattre l'opinion de l'explosion subite de la maladie et à professer que, dans la plus grande généralité des cas, elle était précédée de diarrhée prodromique à laquelle il donna le nom de *prémonitoire*, parce qu'elle annonce l'invasion du choléra, qu'elle en constitue la période inoffensive dont on peut facilement triompher, en la combattant dès le début par certaines précautions hygiéniques et certains moyens thérapeutiques.

Cette doctrine ne fut pas admise tout d'abord, par la raison que le choléra, à son début, ne présente pas de phénomène grave, que les accidents diarrhéiques passent souvent inaperçus et laissent l'individu qui en est atteint dans un état de santé apparente, en sorte que les accidents graves du choléra venant à éclater tout à coup, on fait commencer le mal à l'invasion des accidents graves, sans se préoccuper des symptômes antérieurs, de la période inoffensive qui a précédé. On continua donc de croire au choléra foudroyant, au choléra d'emblée. Mais, en 1842, dans une discussion qui eut lieu à l'Académie, plusieurs orateurs, parmi lesquels M. Andral, reconnurent et proclamèrent la réalité de la diarrhée prémonitoire, disant qu'ils

n'avaient observé qu'exceptionnellement des cas de choléra d'emblée, sans diarrhée prodromique.

Depuis lors, il n'a été opposé à ce fait que des dénégations reposant sur le plus ou moins de fréquence de la diarrhée prémonitoire. Des travaux importants ont montré que c'était là une vérité féconde en résultats.

M. Barth, dans un travail remarquable, a montré que 95 fois sur 100 le choléra commençait par la diarrhée.

Michel Lévy, en 1849, constata que sur 142 sujets atteints du choléra, 6 seulement n'avaient pas eu de prodromes.

En Angleterre, d'après le rapport fait par le Conseil de santé de Londres, il a été prouvé que dans l'épidémie de 1849 presque tous les cas ont été précédés de diarrhée. Sur près de 4,000 où il avait été possible d'avoir des renseignements certains, pas un seul ne s'était déclaré sans diarrhée prodromique.

En France, à la suite de l'épidémie de 1853, une enquête poursuivie par le Comité d'hygiène a constaté que du 1er novembre 1853 au 22 janvier 1854, sur 974 cas 740 avaient été précédés de diarrhée prémonitoire; pour les autres cas, il n'avait pas été possible d'avoir des renseignements.

Le rapport de M. Blondel, directeur de l'Assistance publique, arrive à une proportion analogue pour les 4,000 et quelques cas qui y sont relevés.

Le rapport général de M. Barth sur cette même épidémie contient des conclusions identiques.

Sur l'épidémie de 1866 M. J. Guérin dit qu'il n'existe pas de documents officiels. A la suite de cette épidémie, dans les discussions qui ont eu lieu au sein de la Société médicale des hôpitaux, plusieurs médecins ont cherché à diminuer l'importance du fait de la diarrhée prémonitoire. Les assertions de ces médecins, difficiles à concilier avec les résultats de l'observation des précédentes épidémies, sont encore en contradiction avec les documents recueillis par d'autres médecins à cette même époque.

C'est ainsi qu'il résulte d'un rapport de M. le docteur Pinel, membre d'une commission sanitaire nommée en 1866, que l'épidémie de 1866 a été la confirmation la plus absolue du fait de la diarrhée prémonitoire; il n'y a pas eu une seule exception à cette règle.

Dans bien des cas, il a été reconnu que les exceptions plus ou moins nombreuses que l'on avait cru rencontrer étaient le résultat soit d'erreurs de diagnostic, soit de la difficulté d'obtenir des renseignements positifs de malades à qui des questions étaient posées dans un langage qui ne leur était pas familier.

Les médecins les plus instruits et les plus consciencieux, par exemple des médecins des hôpitaux de Paris, ont donné, comme des exemples de choléra d'emblée, des cas qui, vérification faite, avaient été précédés de diarrhée prémonitoire. Cela s'est vu dans le service de Piédagnel, à l'Hôtel-Dieu, et dans d'autres services.

En 1853, le gouvernement français, instruit des résultats remarquables que l'on obtenait en Angleterre dans le traitement du choléra, envoya dans ce pays le docteur Mélier pour y voir les choses de près. Mélier constata que l'on avait pris pour base, en Angleterre, le fait de l'existence de la diarrhée prémonitoire. On avait, en conséquence, institué à Londres et dans les principales villes de l'Angleterre un système préventif. Des médecins étaient chargés d'aller visiter les gens à domicile, dans le but de s'enquérir de l'état de leur santé et de leur donner des conseils pour le cas où ils viendraient à être atteints de dérangements intestinaux.

Au dire de toutes les personnes les plus compétentes auprès desquelles Mélier avait pu se renseigner, les résultats de ce système avaient été excellents, et les médecins anglais n'hésitaient pas à en attribuer le mérite à qui de droit, ainsi que Mélier, à son retour d'Angleterre, s'empressa de le déclarer à M. J. Guérin, en lui offrant ses félicitations et lui transmettant celles des médecins de la Grande-Bretagne.

En France, malgré les pressantes sollicitations de M. Tardieu, l'Administration n'a pas cru devoir faire de ce système une application générale, malgré les excellents résultats d'une application partielle faite, pendant la dernière épidémie, dans un collége et une caserne où, grâce à ce système, on n'a observé qu'un seul cas de choléra dans le collége, et pas un seul dans la caserne.

La conclusion des considérations qui précèdent, en ce qui concerne les applications que l'on peut en faire aux individus, c'est qu'il importe de soigner, dès le début, la diarrhée prémonitoire. Voici la série des moyens conseillés pas M. J. Guérin :

1° La diète, afin de ne pas fournir d'aliment à la diarrhée; — 2° les boissons légèrement excitantes, quelquefois les opiacés, en y mettant toutefois une grande réserve, souvent l'eau glacée administrée à petites doses; — 3° enfin, le meilleur moyen, celui qui a le mieux réussi à M. J. Guérin, ce sont les évacuants, l'émétique et les purgatifs salins. Sur 600 cas, où il a eu

l'occasion d'appliquer ce mode de traitement, M. J. Guérin ne l'a pas vu une seule fois en défaut.

Dans la prochaine séance, l'orateur traitera de la diarrhée qui précède ou accompagne les épidémies.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE L'ICTÈRE. — MIDDLESEX HOSPITAL.

Masse de pilules bleues	1 gr. 80 centigr.
Digitale pulvérisée	30 centigrammes.
Scille pulvérisée.	30 —

F. s. a. 10 pilules.

Une matin et soir pour combattre l'ictère et éliminer du sang la matière colorante de la bile. Tisane de saponaire. — Un verre d'eau de Vichy à chaque repas. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 11 SEPTEMBRE 1778.

Arrêt du Conseil d'État portant ceci : « Il est permis à Denis Laffecteur, ancien inspecteur des vivres, de vendre et débiter le Rob anti-syphilitique, à la charge de ne pouvoir le livrer pour le traitement des maladies vénériennes que sur l'ordonnance des gens de l'art, sous l'inspection et direction des sieurs Andry et Paulet, médecins de la Faculté... »

Cet arrêt a été imprimé par Ph. D. Pierres (in-4°) ; les considérants en sont très-curieux.

A sa suite, Denis Laffecteur « prie tous ceux qui lui feront honneur de lui écrire, d'affranchir leurs lettres. » Il demeure rue de Bondi, entre l'hôtel de Rosambo et l'hôtel d'Aligre. On le trouve chez lui toute la journée. Le prix de la bouteille, de 32 onces, est de 24 livres à Paris, et de 27 livres en province, rendue franche de port et d'emballage. — A. Ch.

COURRIER

Par décret du 18 août, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Cordier, médecin principal de 2me classe à l'hôpital militaire de Saint-Omer.

Au grade de médecin principal de 2me classe : M. Cocud, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Calais.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Choix.) M. Giard, médecin-major de 2me classe à l'hôpital militaire de Bayonne. — (Ancienneté.) M. Schreiner, médecin-major de 2me classe au 19e régiment d'infanterie. — (Choix.) M. Balley, médecin-major de 2me classe aux hôpitaux de la division de Constantine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises.*) — La Société se réunira extraordinairement le vendredi 12 septembre 1873. — *Ordre du jour* : Épidémie cholérique.

AVIS

LE PARNASSE MÉDICAL FRANÇAIS

OU

Dictionnaire des Médecins-Poètes de la France

Par le docteur ACHILLE CHEREAU.

Cet ouvrage, qui formera un volume de 600 pages environ, et qui sera vendu *au prix de 6 francs*, est terminé et prêt à être livré à l'impression. Comme il sera édité aux frais de l'auteur, M. Chereau a besoin de s'assurer un nombre suffisant de souscripteurs pour couvrir, en partie du moins, les dépenses. Les Médecins et les Pharmaciens qui sont dans l'intention d'encourager un travail destiné à montrer la profession sous un jour aussi peu connu que peu apprécié, sont priés d'adresser leur adhésion, soit sur carte postale, soit par lettre, à MONSIEUR LE DOCTEUR CHEREAU, 23, *rue de Bruxelles, Paris.*

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

URÉTHROTOMIE

MÉMOIRE SUR L'URÉTHROTOMIE (1);

Par le docteur NOTTA,

Chirurgien de l'hôpital de Lisieux, lauréat de l'Académie de médecine, Membre correspondant de la Société de chirurgie, etc.

Les infiltrations urineuses n'ont pas toujours été aussi étendues que chez les cinq malades dont nous venons de citer un exemple. Six fois des abcès urineux du volume d'une noix, situés sur le trajet du canal de l'urèthre, durent être incisés, afin de permettre l'introduction préalable de bougies. Enfin, dans quatre cas, les rétrécissements étaient compliqués de fistules urinaires et onze fois de catarrhe vésical; dans tous les autres cas, nous n'avons observé que les symptômes communs aux rétrécissements, tels que : impuissance, mictions fréquemment répétées, incontinence d'urine.

Six fois les malades avaient subi antérieurement l'uréthrotomie. Quatre avaient été opérés par moi, nous y reviendrons à propos des récidives; deux autres avaient été opérés : l'un à Montpellier, quinze ans auparavant, mais il n'avait pas continué à se passer des sondes; l'autre, au Havre, trois ans auparavant. Après l'opération était survenue une infiltration urineuse dans les bourses qui avait nécessité des incisions; le malade avait guéri, mais peu à peu le rétrécissement s'était reproduit et, à son entrée à l'hôpital, il n'urinait plus que goutte à goutte.

D'après ce qui précède, on voit qu'un certain nombre des malades que nous avons traités (plus du tiers) étaient dans un état fort grave. Chez tous, les rétrécissements étaient considérables, les malades n'urinaient plus que par un jet filiforme et quelquefois seulement goutte à goutte; aussi, dans un certain nombre de cas (seize fois), avons-nous eu de grandes difficultés à passer les premières bougies qui étaient tout à fait filiformes. Cependant, à force de patience, dans quelques cas, après quinze à vingt jours de tentations infructueuses, les obstacles ont toujours été franchis; et, ici, qu'il me soit permis de signaler une cause qui rend parfois les rétrécissements infranchissables. Cinq fois il m'est arrivé de pénétrer avec une bougie filiforme dans plusieurs coarctations, et d'être arrêté par un dernier rétré-

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 septembre.

FEUILLETON

HYGIÈNE PUBLIQUE

LA CRÉMATION DES MORTS EN ITALIE (1).

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

IV

Les Hébreux ont-ils connu et pratiqué la crémation?

Dans un article publié par la *France médicale*, M. le docteur Lapeyrère (pour combattre les dangers que feraient courir à la santé publique les milliers de cadavres victimes de la guerre) proposait la crémation, « ce mode impopulaire dans notre civilisation chrétienne, « mais devant lequel les Hébreux, nos pères en religion, n'hésitaient pas, en vue de prévenir « la contagion. »

Le docteur Dechambre (in *Gazette hebdomadaire*, 1870) ne trouve pas bien établie cette intention de prophylaxie chez les Hébreux, et il doute même qu'ils aient jamais incinéré leurs morts.

Permettez-moi de vous communiquer les résultats des recherches que j'ai entreprises au sujet de ces opinions divergentes.

L'assertion historique du docteur Lapeyrère me paraît indubitable : non-seulement les Hébreux ont connu la crémation des cadavres, mais encore ils considéraient cette pratique

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 septembre.

cissement, au niveau duquel existait un abcès urineux, ancien, dur, comme squirrheux, peu douloureux à la pression; cet abcès une fois largement incisé, les parties indurées se détergeaient sous l'influence des cataplasmes, et, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, la bougie dépassait l'obstacle avec la plus grande facilité. L'observation V est un bel exemple du fait que j'avance, et qui, du reste, s'est reproduit d'une façon identique chez quatre autres malades.

Lorsque le rétrécissement n'admet que de très-petites bougies, nous les laissons à demeure, et, en quelques jours, on arrive à dilater suffisamment le canal pour pouvoir passer des sondes métalliques de 4 millim. de diamètre. Arrivé à ce point du traitement, on continue à passer des sondes métalliques tous les jours, pendant cinq à huit jours, de manière à habituer le canal au passage de ces instruments et à émousser sa sensibilité. S'il survient quelque accès de fièvre, on donne du sulfate de quinine et on laisse reposer le malade quelques jours.

Au total, dans les cas les plus difficiles, la durée de cette dilatation préparatoire n'a pas dépassé vingt-trois jours à partir du moment où la première bougie de gomme élastique a franchi l'obstacle. Dans les cinq cas dans lesquels il y a eu gangrène du scrotum, une sonde ou une bougie à demeure a été appliquée jusqu'à la guérison des plaies; or, ce n'est qu'à partir de ce moment que nous faisons commencer la période de dilatation. Dans la grande majorité des cas (37 fois), cette période du traitement a été de huit à quinze jours.

Chez les malades ainsi préparés, l'introduction de l'uréthrotome se fait avec la plus grande facilité. Par les cathétérismes précédents, on a exploré le canal, on connaît les obstacles que l'on aura à franchir, et l'on est certain de ne pas faire fausse route. Dans les premiers temps, je m'appliquais à n'inciser que la portion rétrécie; mais je n'ai pas tardé à reconnaître que cette précaution n'était pas nécessaire, et dans les trente-quatre dernières opérations que j'ai faites, j'ai ouvert l'uréthrotome au niveau du col de la vessie, et, tendant fortement la verge, je l'ai retiré rapidement. On sent la lame sectionner les parties fibreuses rétrécies, et il est très-probable que les portions de l'urèthre qui ont leur calibre normal fuient devant l'instrument sans se laisser entamer, comme avec l'uréthrotome de M. Maisonneuve.

Dans aucun cas, il n'y a eu d'hémorrhagie sérieuse. Toujours l'écoulement du sang a été arrêté par la sonde à demeure. Nous n'avons jamais eu d'accidents mortels à déplorer; les suites de l'opération ont toujours été des plus simples. Nous n'avons jamais eu d'infiltrations urineuses ni d'abcès du voisinage; une seule fois

---

comme un acte de vénération, un témoignage d'honneur, de reconnaissance publique. Je puis vous citer des textes de la plus grande précision :

« Vous avez violé la sainteté de votre demeure, dit Ézéchiel, par la multitude de vos iniquités et par les injustices de votre commerce, c'est pourquoi *je ferai sortir du milieu de vous un feu qui vous dévorera,* et je vous *réduirai en cendres* sur la terre, aux yeux de tous ceux qui vous verront (1). »

On lit dans le livre des Rois :

« Les habitants de Jabès de Galaad ayant appris le traitement que les Philistins avaient fait à Saül, tous les plus vaillants d'entre eux sortirent, marchèrent toute la nuit, et ayant pris le corps de Saül et de ses enfants, qui étaient sur la muraille de Bethsan, ils revinrent à Jabès de Galaad, où ils *les brûlèrent.* Ils prirent leurs os, les ensevelirent dans le bois de Jabès, et ils jeûnèrent pendant sept jours (2). »

Comme les corps des rois d'Israël étaient brûlés en signe de vénération, le prohète Jérémie s'adressant à Sédécias, roi de Juda dans Jérusalem, s'écrie :

« Voici ce que le Seigneur vous dit : Vous ne mourrez point par l'épée, mais vous mourrez en paix, et l'on *brûlera votre corps* comme l'on *a brûlé les corps* des rois vos prédécesseurs (3). »

(1) In multitudine iniquitatum tuarum et iniquitate negotiationis tuæ polluisti sanctificationem meam : producam ergo ignem de medio tui, qui comedat te, et dabo te in cinerem super terram, in conspectu omnium videntium te. (Ezechiel, chap. XXVIII, vers. 18.)

(2) Tulerunt cadaver Saül et cadavera filiorum ejus..... Veneruntque Jabes et combusserunt ea ibi et tulerunt ossa eorum et sepelierunt in nemore Jubes..... (Rois, liv. I, chap. XXXI, vers. 12, 13.)

(3) Non morieris in gladio, sed in pace morieris, et secundum combustiones patrum tuorum regum priorum qui fuerunt ante te sic comburent te. (Jérémie, chap. XXXIV, vers. 5.)

il y a eu formation d'une collection purulente près du col de la vessie. Voici, du reste, le résumé de cette observation.

Obs. II. — *Rétrécissement de l'urèthre considérable. — Uréthrotomie. — Pleurésie. — Abcès pelvien ouvert dans le rectum. — Guérison.*

M. de V..., officier de cavalerie en retraite, âgé de 62 ans, d'une très-forte constitution, d'un embonpoint considérable, vint me consulter pour un rétrécissement dont le début remontait à sa jeunesse, et qui, à plusieurs reprises, avait été traité par la dilatation. Il urine goutte à goutte et est menacé d'une rétention d'urine. Au début du traitement, qui commence le 17 septembre 1864, j'introduis des bougies filiformes que je maintiens à demeure. Le rétrécissement est difficile à dilater; cependant, au commencement d'octobre, on peut passer des sondes métalliques, et, le 7 octobre, je pratique l'uréthrotomie; l'opération ne présente aucune difficulté. L'uréthrotome ouvert parcourt d'arrière en avant toute la longueur du canal. Séance tenante on peut passer des sondes métalliques de 8 à 9 millimètres. Une sonde à demeure est appliquée.

Le malade était dans un état très-satisfaisant, lorsque le troisième jour, le 9 octobre, il fut pris de frisson et de sueurs abondantes accompagnées de douleurs du côté du scrotum et d'une fièvre intense. Nous supprimâmes la sonde à demeure et nous cessâmes tout cathétérisme.

Les jours suivants, des frissons irréguliers reparurent, cependant la miction se faisait facilement et l'urine n'était pas purulente. Le 13 octobre, il fut pris au milieu de la nuit d'une oppression telle qu'il crut qu'il allait suffoquer. Je constatai alors un épanchement pleurétique dans le côté droit de la poitrine. Un large vésicatoire fut appliqué sur ce côté; huit jours après, un second vésicatoire fut réappliqué sur le même point. Sous l'influence de ce traitement, l'épanchement se résorba, mais le malade continua à avoir des frissons, de la fièvre et des douleurs du côté du bassin. Le toucher, pratiqué par le rectum à plusieurs reprises, ne nous fit découvrir aucun foyer purulent, et même, du côté de la prostate, le doigt ne rencontrait aucun point douloureux. Enfin, vers le 10 novembre, le malade rendit plusieurs selles purulentes. A partir de ce moment, les accidents cessèrent peu à peu, la fièvre disparut, et au commencement de décembre je pus recommencer à passer des sondes dans le canal. Depuis près de deux mois que l'uréthrotomie avait été pratiquée, le malade n'avait pas été sondé; néanmoins le canal se laissa dilater facilement, et, en huit jours, nous arrivâmes à passer des sondes de 9 millimètres.

A la fin de décembre, le malade retourna chez lui à la campagne. Je lui donnai deux grosses bougies coniques en gomme élastique à bout olivaire, avec la recommandation de les passer tous les quinze jours, ce qu'il n'a jamais manqué de faire. Depuis cette époque, il n'a eu

---

Par contre, lorsqu'il s'agit de l'impie roi Joram :

« Il mourut donc d'une horrible maladie, et le peuple ne lui rendit point dans sa sépulture les honneurs qu'on avait rendus à ses ancêtres, *en brûlant son corps* suivant la coutume (1). »

Dans ce même livre des Paralipomènes, au chapitre XVI, vers 14, les funérailles d'Asa sont décrites en ces termes :

« Il fut enterré dans le sépulcre qu'il s'était fait faire en la ville de David, et on le mit sur son lit tout rempli d'odeurs et de parfums les plus excellents....., et ils *brûlèrent sur lui* avec beaucoup de faste et de vanité. »

D'autre part, je pense, avec le docteur Dechambre, que ce n'est pas à des considérations d'hygiène que l'on doit attribuer la pratique de la comburation des cadavres; il n'en est fait aucune mention dans les diverses circonstances ci-dessus énoncées, pendant que les précautions hygiéniques à prendre sont nettement indiquées lorsqu'il s'agit des animaux.

« Car les corps des animaux dont le sang est porté par le Pontife dans le sanctuaire pour l'expiation du péché, sont *brûlés hors du camp* (2).

« Et tout le reste du corps, il les *emportera hors du camp*, dans un lieu net où l'on a accoutumé de répandre les cendres, et il les *brûlera sur du bois*, où il aura mis le feu, afin qu'ils soient consumés *au lieu où les cendres sont jetées* (3). »

On voit au chapitre VIII du Lévitique que « Moïse l'égorgea (le veau) et en prit le sang, il y trempa son doigt et en mit sur les cornes de l'autel, tout alentour, et l'ayant ainsi purifié et

(1) Non fecit ei populus secundum morem combustionis exequias sicut fuerunt majoribus ejus. (Paralipomènes, liv. II, chap. XXI, vers. 19)

(2) Horum animalium corpora cremantur extra castra. (Épitre aux Hébreux, chap. XIII, vers. 11.)

(3) In loco effusorum cinerum cremabuntur. (Lévitique, chap. IV, vers. 12.)

aucun accident du côté de la vessie, et il a toujours uriné parfaitement jusqu'à sa mort, qui a été déterminée par une bronchite généralisée (octobre 1872).

On voit dans cette observation que, deux jours après l'uréthrotomie, une collection purulente s'est formée dans un point du bassin que nous n'avons pu préciser, mais qui prenait évidemment sa source dans la portion prostatique de l'urèthre. Cet abcès a mis un mois à se faire jour par l'intestin. L'épanchement pleurétique qui est survenu en même temps a singulièrement aggravé la situation de notre malade et dénote chez lui une prédisposition marquée aux accidents phlegmasiques. Est-ce à cette prédisposition qu'il faut attribuer l'apparition de l'abcès pelvien? Je serais tenté de le croire, car sur 60 opérés c'est le seul accident de ce genre que nous ayons eu à enregistrer.

Il est encore une complication que nous avons observée chez nos opérés et que nous ne devons pas passer sous silence, je veux parler ds l'orchite. Elle ne s'est produite que deux fois. Dans un cas, elle s'est comportée très-simplement et a cédé sous l'influence des cataplasmes et de la suppression momentanée du cathétérisme. Dans un autre cas, elle a amené la fonte purulente de la moitié du testicule ; voici le fait :

Obs. III. — *Rétrécissement de l'urèthre. — Infiltration urineuse. — Urèthrotomie. — Orchite. Guérison.*

L... (Isidore), âgé de 37 ans, entre le 2 juin 1872 à l'hôpital de Lisieux. Bonne constitution. Première chaudepisse à l'âge de 20 ans, traitée par des injections d'extrait de Saturne pur. Il conserve un suintement uréthral, et, à partir de cette époque, il éprouve de la difficulté à uriner.

En 1860, étant au régiment, il est soigné à l'hôpital d'Amiens pour son rétrécissement. On lui passe des bougies dans le canal, et, à sa sortie de l'hôpital, il urinait parfaitement. Cependant, au bout de quelque temps, le jet d'urine diminue sensiblement. En 1863, il contracte une seconde blennorrhagie qui est traitée par des injections.

En 1867, il se marie et a un enfant.

Vers la fin du mois de mai dernier, ne pouvant uriner, il s'introduit dans le canal une aiguille à tricoter, et à la faveur de ce conducteur, il vide la vessie. Mais une petite tumeur se forme au périnée, bientôt elle augmente de volume ; une infiltration urineuse se produit, et, lorsque le malade entre à l'hôpital, tout le périnée est sphacélé, l'infiltration s'étend à la partie postérieure des bourses et de chaque côté du rectum jusque sur les ischions. Je pratique de larges incisions sur toutes les parties infiltrées, et notamment au périnée j'incise de

---

sanctifié, il répandit le reste du sang au pied de l'autel. Il fit brûler la graisse qui recouvre les entrailles, la taie du foie, et les deux reins....., et il *brûla le veau hors du camp*, avec la peau et la chair, et la fiente, comme le Seigneur l'avait ordonné. »

Les mêmes préoccupations se révèlent dans ces deux autres passages de l'Exode et du Livre des Rois :

« Il le mit (le veau) dans le feu et le réduisit en poussière (1).

« Il emporta leur poussière (des vases et des objets qui avaient servi au temple de Baal) à Béthel (2). »

Afin de pouvoir brûler entièrement les victimes expiatoires offertes au Seigneur, Salomon avait fait construire des autels exprès appropriés à ces holocaustes (de ολος, entier, et καιω, brûler).

V

Les Romains commencèrent par incinérer leurs morts, à l'exemple des anciens peuples d'Italie ; mais peu à peu, sous prétexte d'honorer les ancêtres, ils ensevelirent leurs dépouilles mortelles dans les villes et conservèrent les momies dans leurs propres habitations.

Une peste meurtrière s'étant abattue sur Rome, trois de ses plus illustres citoyens se transportèrent en Grèce pour étudier le nouveau Code, et formuler, au nom de la santé publique, les ordonnances qui devaient prévenir les inconvénients de l'infection cadavérique.

Les lois des XII Tables contiennent la sanction de ces heureuses réformes :

« Hominem mortuum in urbe ne sepelito, neve urito.

(1) Combussit et contrivit usquè ad pulverem. (Exode, chap. XXXII, vers. 20.)
(2) Et tulit pulverem eorum in Bethel. (Rois, liv. IV, chap. XXIII, vers. 4.)

larges eschares. Les jours suivants, les plaies se détergent, les eschares se détachent, et, au bout d'un mois, pendant la miction, une petite partie de l'urine s'écoule encore par la plaie du périnée, mais la plus grande partie sort par la verge.

Je place alors une sonde de petit calibre à demeure pendant un mois, et vers le milieu d'août la cicatrisation des plaies était complète. Cependant le calibre de l'urèthre était toujours étroit, et, au niveau de l'arcade pubienne, on sentait, dans une étendue d'au moins 2 centimètres, un rétrécissement dur, calleux, qui, comme maximum de dilatation, n'admettait que des sondes de 6 millim. de diamètre.

Dans la portion pénienne on sentait quelques points rétrécis, mais ils étaient dilatables.

Après avoir préparé le canal pendant plusieurs jours par le passage de quelques sondes Béniqué, je pratiquai l'uréthrotomie le 4 septembre. Une sonde à demeure fut appliquée pendant trois jours, et les jours suivants on pratiqua tous les matins le cathétérisme avec des sondes métalliques de 8 à 10 millimètres. Le malade allait très-bien lorsque, le 10 septembre, il fut pris d'une orchite à droite. Cataplasmes.

Le 11 septembre on continue le cathétérisme, mais on le supprime les jours suivants.

Deux applications de quinze sangsues sur le cordon et le canal inguinal calment les douleurs du testicule.

Le 25 septembre, le gonflement et la rougeur du testicule persistent. Cataplasmes, frictions avec l'onguent napolitain.

Le 1er octobre, un abcès qui s'est formé au niveau du corps du testicule s'ouvre spontanément; des filaments de la substance même de la glande s'échappent au dehors.

Le 14 octobre, la plaie du testicule est guérie. On reprend le cathétérisme avec les sondes Béniqué : les nos 40, 45 et 50 passent, mais ils sont serrés au niveau du rétrécissement.

On continue les jours suivants, et le 22 octobre le malade sort guéri : il urine très-librement. Nous lui recommandons de sonder une fois par semaine avec les nos 45 et 47 Béniqué.

Depuis il va très-bien et a repris son service de facteur rural.

Je n'insisterai pas sur les particularités que présente cette observation. Elle confirme tout ce que nous avons dit dans le cours de ce travail. Je veux seulement faire remarquer que l'orchite s'est, ici, développée sous l'influence du passage des sondes, fait bien connu et bien souvent observé, pour lequel l'uréthrotomie ne saurait être mise en cause. L'inflammation du testicule s'est terminée par suppuration et une portion du parenchyme a été détruite. Cette complication a retardé beaucoup la guérison; en sorte que la longueur du traitement ne saurait être attribuée ici à

« Rogum custumve novum proprius sexagenta pedes ne adiscito cœdes alienas, invito domino.
« Hoc plus ne facito, rogum ascia ne polito. »

Il n'est ici question que du bûcher; l'exhumation et l'érection des tombeaux sont passées sous silence.

Parmi les exemples de crémation, je me borne à citer celui de Sylla (par une disposition testamentaire expresse), celui de Pompée (ses cendres, rapportées d'Égypte, furent placées par Cornélie, sa femme, dans un tombeau de sa villa, près Albe), ceux des Césars, jusqu'aux Antonins.

Pendant la période de la décadence de l'Empire, les cérémonies funèbres se modifièrent comme toutes les autres institutions politiques et sociales.

En résumé, chez les Romains, la crémation, qui n'a été ni constante ni obligatoire, paraît avoir eu deux buts essentiels :

1° Mettre les dépouilles mortelles à l'abri des profanations de sépulture;

2° Conserver les cendres, et faire revivre au sein du foyer domestique le souvenir de ceux qui en avaient été la joie et l'honneur.

Cette pratique (1) civile, honorifique, dérivait si peu d'une préoccupation d'hygiène, qu'on dressait quelquefois des bûchers aux mânes, comme on fit pour les mânes de Thessalie après le désastre de Pharsale. La pratique vraiment religieuse, c'était l'inhumation, puisqu'elle seule ouvrait aux mânes les portes de l'enfer.

Au moment de l'apparition du christianisme, la sépulture était donc seule mise en usage dans toute la Péninsule italique. Les premiers chrétiens repoussèrent l'incinération avec d'autant plus d'énergie que les païens y attachaient l'idée, non-seulement de la purification physique, mais aussi de la purification morale.

(*A suivre.*)

Dr Prosper de Pietra Santa.

(1) Pour rendre la comburation plus rapide, les grands de Rome étaient enveloppés dans un linceul d'amianthe.

l'uréthrotomie, mais bien à l'orchite. Il est même assez remarquable que l'inflammation du testicule ne se soit pas montrée plus souvent chez nos malades dans le cours de leur traitement. Cette sorte d'immunité est-elle un effet du hasard ou doit-elle être attribuée à l'ancienneté de la maladie?

Dans sept cas, il y a eu quelques accès de fièvre pendant la période de dilatation préparatoire; mais ces accès, qui n'ont eu aucune gravité, ont cédé à l'emploi du sulfate de quinine et à quelques jours de repos.

Une fois seulement, neuf jours après l'incision uréthrale, des accès intermittents à caractère pernicieux ont nécessité l'administration du sulfate de quinine à haute dose et ont retardé la guérison de plus de six semaines par leur tendance continuelle à reparaître.

Pendant les dix ou quinze jours qui suivent l'opération, on introduit chaque matin, dans le canal de l'urèthre, des sondes en étain de 7 à 10 millimètres de diamètre; puis le malade continue à se passer lui-même ces sondes, d'abord une ou deux fois par semaine, puis tous les quinze jours; enfin, tous les mois, suivant la tendance du rétrécissement à revenir sur lui-même. L'uréthrotomie a eu simplement pour but de transformer le rétrécissement calleux en rétrécissement extensible. Or, il doit, comme ce dernier, être dilaté de loin en loin, sous peine de récidive. Quatre malades, pour avoir négligé cette précaution, ont vu leur rétrécissement se reproduire et ont été obligés de se soumettre une seconde fois à l'uréthrotomie.

Nous ne sommes pas certain que, parmi nos opérés, il n'y ait eu que ces quatre cas de récidive, mais nous pouvons affirmer qu'ils sont les seuls qui soient arrivés à notre connaissance. *(La suite à un prochain numéro.)*

THÉRAPEUTIQUE

OBSERVATION DE CHOLÉRA; — GUÉRISON RAPIDE OBTENUE PAR LE TANNATE DE QUININE;

Par le docteur BOURGOGNE, de Condé (Nord).

Le nommé X... (Désiré), âgé de 56 ans, batelier, d'une constitution vigoureuse, nullement sujet à la diarrhée, éprouvait depuis quelques jours un peu de malaise, accompagné d'éructations fréquentes avec barre épigastrique, lorsque, le 8 août, vers sept heures du matin, il ressent un violent borborygme suivi d'une selle liquide abondante. Bientôt neuf évacuations semblables ont lieu, se succédant à des intervalles assez rapprochés, mais offrant cette fois la teinte oryzée.

Malgré la grande faiblesse qui en est la conséquence, le malade ne s'en émeut pas trop : il attribue ces désordres intestinaux à la grande chaleur qui règne alors.

Mais la scène change, car, vers trois heures du soir, des vomissements de même nature que les évacuations alvines apparaissent, et des crampes torturantes déterminent le patient à faire appel au médecin.

Avant de me rendre au bateau, et me trouvant alors dans le voisinage d'une pharmacie, je fais prendre au commissionnaire, pour ne pas perdre un temps précieux, une potion à l'acétate d'ammoniaque (1), un petit flacon d'alcool parégorique de Londres, du thé vert, de la farine de graine de moutarde, des feuilles de papier Rigollot, 20 doses de 10 centigrammes chacune de tannate de quinine, et un liniment excitant (2).

POTION.

(1)	Acétate d'ammoniaque.	4 grammes.
	Sirop d'écorce d'oranges	40 —
	Sirop de menthe.	20 —
	Eau de mélisse.	20 —
	Eau de tilleul	140 —

LINIMENT.

(2)	Liniment ammoniacal camphré. .	200 grammes.
	Teinture d'arnica	20 —
	Laudanum.	3 —
	Alcool parégorique de Londres. .	6 grammes.

Les précautions que j'avais prises n'étaient pas inutiles, car, à mon arrivée, je constatais les symptômes suivants :

Le malade, assis sur une chaise, le lit n'étant pas toléré, à cause des souffrances qu'il endure, pousse des cris lamentables : des crampes siégent dans les orteils et les doigts, qui sont tordus sur eux-mêmes ; il en est de même pour les mollets, et il existe à la gorge une sorte de constriction qui suffoque le sieur X...

La face est livide, grippée ; les yeux renfoncés dans leur orbite ; la peau froide, légèrement visqueuse. Le pouls filiforme ; la respiration anxieuse. Suppression des urines. Barre épigastrique. Les selles ont cessé, ainsi que les vomissements ; mais il existe des renvois fréquents.

Diagnostic : Choléra asiatique à forme gastro-intestinale.

Traitement : Pendant que X... récite ses prières, quand les crampes lui laissent quelques minutes de répit, je fais immédiatement disposer un lit bien chaud, dans lequel il est couché.

Des cruchons remplis d'eau chaude, des briques, des fers à repasser, également chauds, sont disposés le long des membres inférieurs, depuis les hanches jusqu'aux pieds.

Un large sinapisme est placé sur toute l'étendue du ventre, et des papiers Rigollot promenés le long des jambes, et principalement là où existent les crampes ; mêmes applications sur la poitrine.

La sensibilité de la peau ayant été réveillée à l'aide de ces moyens, une flanelle est imbibée du liniment ammoniacal camphré, et des frictions énergiques sont pratiquées sur les différentes régions du corps, en ayant bien soin de ne pas découvrir le malade.

Ces frictions doivent être renouvelées toutes les demi-heures.

En même temps, une cuillerée à bouche de la potion stimulante est administrée chaque quart d'heure ; potion qui est parfaitement tolérée.

Quelques tranches d'orange sont permises pour calmer la soif.

Je quitte X..., après m'être assuré que chacun avait bien compris le rôle qu'il avait à remplir.

Sept heures du soir. — Un mieux sensible s'est opéré depuis mon départ. Les crampes ont notablement diminué. La peau possède une chaleur de bon aloi. Le pouls se relève. L'anxiété est beaucoup moins grande. Les traits sont moins altérés. Les crampes, plus tolérables, n'apparaissent plus qu'à de rares intervalles. La langue, de froide qu'elle était il y a quelques heures, est maintenant tiède, l'estomac dans un meilleur état. Jugeant le moment opportun, j'ordonne alors l'administration de mon spécifique, je veux parler du *tannate de quinine* : 1 gramme de ce sel est pris par dose de 10 centigrammes chacune, de quart d'heure en quart d'heure, dans une cuillerée de café noir.

Pour tenir en éveil l'activité de l'estomac, on continue les cuillerées de la potion ammoniacale, alternant avec quelques cuillerées de thé au rhum.

De plus, 30 gouttes d'alcool parégorique de Londres, versées dans un verre d'eau sucrée, constituent une potion calmante qu'on administre par cuillerée à bouche ; eau de riz légère, avec addition de tranches d'orange et de vin de Bordeaux pour boisson.

La nuit est excellente. Le malade goûte un repos bien mérité, après les angoisses qu'il a endurées précédemment. Une sueur chaude et abondante nécessite de changer de linge.

9 août. — X... n'éprouve plus que de la faiblesse. Une selle jaunâtre indique que la bile est sécrétée de nouveau et a repris son cours ; il en est de même pour les urines. Le malade n'accuse plus qu'une sensation de courbature générale.

Traitement : Avaler toutes les heures une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Extrait de quinquina	3	grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères . . .	40	—
Vin de Malaga	30	—
Eau de cannelle	20	—
Eau de tilleul.	180	—

Plus, cinq doses de tannate de quinine pour le matin et cinq autres pour le soir.

Bouillons au tapioka. Eau vineuse.

Le lendemain 10, la guérison est complète, et, sauf un peu de faiblesse dans les membres, le succès est aussi satisfaisant que possible.

Je conseille à X.... de faire usage chaque jour d'un verre de vin de quinquina et d'un bon régime, et je prends congé de lui d'une manière définitive.

Dans cette observation, nous avons à constater, comme prodromes du choléra, certains dérangements survenus dans les fonctions de l'estomac. C'est à l'ensemble de cet état morbide que nous avons donné le nom de *cachexie cholérique*, cachexie qui est bien plus accentuée encore quand la peste indienne sévit sous forme épi-

démique, alors que le poison miasmatique existe en plus grande abondance dans l'atmosphère.

Dans tous les cas, appelé à temps, nous pouvions faire avorter ce choléra en combattant immédiatement cette *diarrhée prémonitoire*, sur laquelle M. le docteur J. Guérin a attiré depuis longtemps l'attention des médecins, et dont le docteur Bourgogne père a décrit avec le plus grand soin les symptômes et le traitement dans ses principaux ouvrages sur le choléra indien, d'où est née la *méthode abortive* des différentes formes que revêt la peste asiatique.

Ainsi que je l'ai fait remarquer plus haut, j'ai bien eu garde d'administrer le sel quinique immédiatement; j'aurais commis une faute impardonnable; ma règle de conduite était toute tracée ici : chercher, par tous les moyens possibles, à obtenir chez mon malade une réaction convenable à l'aide d'excitants externes et internes, et aussitôt ce résultat obtenu, l'estomac se trouvant dans les conditions voulues pour absorber la quinine, le faire de suite bénéficier de cette médication infaillible, qui non-seulement arrête définitivement la marche de cette affection, mais encore prévient ces réactions typhoïdes, autres et nouveaux dangers.

Dans certains cas, nous avons à lutter contre des vomissements tenaces, qui nous font perdre un temps précieux, en ce sens que notre principale médication ne peut pas être mise en œuvre; les forces du malade faiblissent à vue d'œil, comme chacun sait, et nous sommes obligé alors, pour parer à cet accident fâcheux, d'avoir recours :

1° Au marteau de Mayor, appliqué sur la région épigastrique, chaque fois que le malade éprouve le besoin de vomir. Ce moyen est héroïque, comme j'en ai eu la preuve en 1866;

2° Aux lavements excitants, composés de la manière suivante :

Teinture d'arnica.	30	grammes.
Teinture de quinquina	60	—
Teinture de cannelle.	30	—
Vin de Bordeaux	300	—

Un verre à liqueur de cette mixture est ajouté à un quart de lavement d'eau tiède. Ces lavements seront d'autant plus souvent répétés, que l'administration des toniques par la bouche sera plus difficile.

Si les excitants externes que j'ai indiqués plus haut manquaient d'efficacité, je prescris le suivant, qui jouit d'une immense énergie :

LINIMENT.

Teinture de cantharides	40	grammes.
Baume de Fioraventi.	150	—
Alcool camphré.	60	—
Huile de térébenthine	30	—
Alcool de benjoin.	4	—

Imbibez de ce mélange une flanelle qu'on applique sur toute l'étendue du rachis, puis un fer à repasser modérément chaud est promené sur ce tissu de laine, pendant une minute ou deux.

Les mêmes applications, renouvelées selon la gravité des symptômes, sont faites sur la poitrine (quand il y a imminence d'asphyxie), sur l'épigastre, pour calmer les vomissements, et sur les membres inférieurs, pour combattre les crampes.

Au surplus, il est toujours facile de conjurer de telles difficultés, et, pour atteindre ce but, il suffit de faire *avorter* le mal à son début; voici comment on procède :

1° Se coucher dans un lit bien chaud;

2° Appliquer sur toute l'étendue du ventre un large sinapisme, qu'on remplace par une flanelle bien chaude, quand il a produit une action rubéfiante bien marquée sur la peau;

3° Quelques demi-lavements amidonnés dans la journée;

4° Eau de riz légère pour boisson;

5° Quelques gorgées de thé au rhum ou au cognac, pour tonifier l'estomac;

6° Puis faire usage immédiatement des moyens suivants :

Tannate de quinine.	1 gramme.
Extrait d'opium.	5 centigrammes.

F. 10 pilules.

Une tous les quarts d'heure.

Si, le lendemain, la cholérine n'est pas complétement jugulée, on réitère le même traitement, avec la certitude de voir la disparition complète de cette affection.

On commence alors par prendre quelques tasses de bouillon, du bordeaux coupé, et on reprend peu à peu et prudemment son régime habituel.

POTION POUR COMBATTRE LA CHOLÉRINE.

Tannate de quinine	1 gramme.
Mucilage de gomme adragant.	q. s.
Sirop de fleurs d'oranger.	30 grammes.
Sirop de menthe	20 —
Vin de Malaga	30 —
Eau de tilleul.	160 —

A prendre par cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

Cette formule s'applique également aux enfants, en proportionnant les doses selon leur âge.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

DES INDICATIONS DE L'HYDRATE DE CHLORAL DANS L'ACCOUCHEMENT, par le docteur A. PELLISSIER. Paris; 1873. In-8°; 78 pages.

La question de l'emploi des anesthésiques proprement dits (éther, chloroforme), dans les accouchements, est fort controversée parmi les praticiens. Les uns, convaincus que l'élément douleur doit être soigneusement évité, autant que possible, y ont recours dans presque tous les cas, normaux ou anormaux; d'autres n'en veulent que là où des manœuvres longues, pénibles, cruelles, sont devenues nécessaires; d'autres, enfin, les excluent absolument de la pratique obstétricale. Un troisième anesthésique s'est présenté sur la scène : c'est le *chloral*, dont M. A. Pellissier se fait le champion, comme étant un agent qui, employé pur, à des doses intelligemment données, peut rendre de grands services aux malheureuses femmes que le travail de la parturition cloue sur le lit légendaire, appelé *lit de misère*. M. Pellissier s'est convaincu, par de nombreux faits et des expériences sur les animaux, que le chloral n'exerce aucune influence fâcheuse sur la santé de la mère ni de l'enfant; qu'il procure du sommeil et une diminution de la douleur, sans pour cela que les contractions utérines cessent de se faire régulièrement; qu'il peut être administré avec avantage contre les douleurs de l'accouchement naturel, particulièrement chez les primipares, pour calmer l'excitation qui résulte de la douleur, et supprimer les préoccupations qui le plus souvent accompagnent le travail; qu'il convient de l'employer chez les femmes nerveuses, irritables, redoutant les douleurs de l'accouchement; que le chloral, enfin, est *absolument réclamé* dans les opérations obstétricales. Il est de fait que cet agent est très-précieux en ce que, contrairement aux véritables anesthésiques, il ne supprime pas entièrement la perception de la douleur; qu'il ne fait le plus souvent que l'atténuer; que, pendant son action, la femme sent très-bien qu'elle a une contraction utérine, et que, soumise alors à une douleur modérée, très-supportable, elle est disposée à seconder les efforts expulsifs de la matrice par l'action de ses muscles volontaires. Suivant M. Pellissier, le chloral serait donc bien plus un *endormeur* de la douleur qu'un *annihilateur* absolu. La formule préconisée par notre confrère est celle-ci :

Hydrate de chloral.	5 grammes.
Eau distillée.	100 —
Essence de menthe	Quelques gouttes.

A prendre par cuillerées à bouche, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un sommeil suffisant et une insensibilité très-appréciable. — A. Ch.

ÉTUDE SUR LES AVANTAGES MATÉRIELS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, par le docteur Arthur VERRIET-LITARDIÈRE. Paris, 1873. In-8° de 67 pages.

Il ne s'agit pas ici des avantages que procure l'allaitement maternel aux petits enfants, avantages chantés par les poëtes, démontrés par les philosophes et les médecins. M. Verriet-Litardière retourne la question et se demande : Y a-t-il, pour une mère, avantage matériel à nourrir son enfant? En d'autres termes : L'allaitement est-il propre à éviter aux mères les accidents si fréquents des suites de couches? Notre jeune confrère n'hésite pas à dire : *Oui*, et est convaincu que « la femme qui allaite est moins exposée aux affections utérines que celles qui n'allaitent pas. »

Le sujet est nouveau, plein d'intérêt, et, disons-le bien vite, M. Verriet-Litardière apporte à l'élucider une grande science, une logique parfaite, et un style plein de jeunesse et d'entrain. Nous signalerons surtout le chapitre intitulé : *Physiologie de l'utérus après l'accouchement.* Cela est écrit de main de maître, et montre jusqu'à l'évidence le rôle considérable que jouent les mamelles, surtout après la parturition, rôle annihilé, en quelque sorte, aux dépens de l'utérus si l'allaitement n'a pas lieu. Chez la femme qui allaite, l'activité génésique, l'action irritative du nouvel être abandonnant l'utérus, s'élèvent vers les mamelles, lesquelles vont devenir le centre de la puerpéralité, vont neutraliser à leur profit la diathèse plastique qu'avait fait naître la présence du fœtus dans la cavité utérine. Les premières succions auront pour résultat de provoquer par action réflexe des contractions utérines qui ont pour but d'expulser les derniers caillots sanguins. On peut dire que l'enfant attaché au sein maternel est presque une partie du corps de sa mère; sa première dent rompt cet attachement, et la mère est satisfaite. C'est à ce moment qu'a lieu vraiment la séparation entre la mère et le nouveau-né, plutôt qu'au moment où le ciseau tranchait le cordon ombilical. Il y a donc lieu d'admettre que rien n'exerce sur le retour de l'utérus à son état normal une influence plus heureuse que l'allaitement, et que la mère qui n'obéit pas à ce devoir sacré s'expose à la métrite chronique, au catarrhe utérin, et à d'autres affections de ce premier berceau de l'espèce humaine. — A. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. P. Bert poursuit ses recherches expérimentales sur l'influence que les changements dans la pression barométrique exercent sur les phénomènes de la vie.

« J'ai, dit-il, prouvé dans plusieurs de mes notes précédentes :

1° Que, lorsque l'oxygène arrive chez un chien à la quantité de 28 à 30 volumes pour 100 volumes de sang artériel, l'animal est pris de convulsions, qui deviennent mortelles à la dose de 35 volumes environ; 2° que ces convulsions, si varié qu'en soit le type, proviennent d'une excitation directe de la moelle épinière, comme le montrent leur cessation sous l'influence des anesthésiques et leur non-apparition dans un membre dont le nerf moteur a été préalablement coupé.

On pourrait donc comparer l'oxygène à un poison du système nerveux, son action paraissant se rapprocher beaucoup de celle de la strychnine; mais, d'autre part, j'ai fait voir que, dès le début de l'attaque convulsive, la température de l'animal s'abaisse de plusieurs degrés. Il y a donc, dans les actes intimes de la nutrition, une altération profonde, ce qui n'a pas lieu dans les simples empoisonnements par les substances convulsivantes. On peu donc supposer que l'appareil si extraordinaire des convulsions n'est qu'un épiphénomène, une manifestation, si l'on peut ainsi parler, par la moelle épinière, du trouble général de l'organisme, comme il arrive dans les asphyxies et les hémorrhagies rapidement mortelles.

Une première question se pose naturellement : est-ce à quelque altération du sang qu'il convient de rapporter ces troubles étranges? Les analyses relatées dans mes notes précédentes montrent que la solubilité de l'oxygène dans le sang, qui croît si rapidement avec la pression, entre le vide et 60 centimètres de mercure, n'augmente plus que très-lentement à partir de ce point. Ainsi, en prenant 20 volumes dans 100 volumes de sang artériel comme dose moyenne à la pression normale, l'ensemble de mes analyses m'a donné : à un quart d'atmosphère, 7 volumes; à une demie, 13; à trois quarts, 18; à une atmosphère, 20; à deux, 20,8; à trois, 21,5; à cinq, 22,4; à sept, 23,1; à dix, 23,5.

Peut-on supposer qu'à des limites un peu plus élevées l'oxygène formerait avec les globules du sang une combinaison plus stable que l'oxy-hémoglobine ordinaire, combinaison à laquelle les tissus ne pourraient enlever l'oxygène dont ils ont besoin? On se tromperait; car, à peine l'animal a-t-il été ramené à la pression normale que l'excès d'oxygène disparaît de son sang, comme me l'ont prouvé maintes analyses, tandis que les convulsions durent souvent plusieurs

heures encore, et que la température du corps continue à s'abaisser. Serait-ce que la substance ainsi formée par la suroxydation du sang persisterait après le retour de l'air, et le sang serait-il ainsi devenu substance toxique? Pas davantage ; car j'ai pu impunément injecter à des chiens, rendus préalablement presque exsangues, des quantités considérables de sang (1/19 du poids de leur corps) qui venait d'être chargé d'oxygène à la dose mortelle.

Le sang n'est donc qu'un intermédiaire portant le poison aux tissus. C'est l'excès d'oxygène dans la profondeur des tissus eux-mêmes qui attire les phénomènes chimiques de la nutrition. Quelle est la nature générale de l'altération des phénomènes nutritifs sous l'influence de cet excès d'oxygène imprégnant les tissus? Je suis autorisé à dire que la plus évidente manifestation est une diminution dans l'intensité des phénomènes d'oxydation. En effet : 1° si l'on fait respirer un animal dans un certain volume d'air, d'abord à l'état normal, ensuite pendant l'empoisonnement par l'oxygène, on voit qu'il absorbe beaucoup moins d'oxygène, dans un temps déterminé, pendant la seconde période que pendant la première ; 2° si l'on analyse les gaz du sang artériel d'un chien qui vient d'avoir des convulsions dues à l'oxygène et qui respire depuis quelque temps à l'air libre, on n'y trouve plus que des quantités extraordinairement faibles d'acide carbonique (25, 20, 15 volumes pour 100 volumes de sang) ; 3° la proportion d'urée produite s'abaisse considérablement sous l'influence de l'air comprimé ; je l'ai vue tomber chez un chien, dans un cas, de 21 grammes à 16 ; dans un autre, de 12 grammes à 4 ; après un séjour de sept heures, à 8 atmosphères.

Ainsi, très-faible absorption d'oxygène, très-faible production d'acide carbonique et d'urée, diminution, en un mot, de tous les processus chimiques consécutifs à la fixation d'oxygène dans l'organisme, telle est la conséquence de la sursaturation d'oxygène ; et, à la suite, vient tout naturellement l'abaissement de la température. »

Voici les conclusions du mémoire de M. le docteur Decaisne sur l'*asthme d'été*, que nous avons signalé dans notre dernier *Bulletin* :

« 1° Cette affection attaque indifféremment les individus qui font la récolte du foin et ceux qui restent complétement étrangers à ce genre de travail, ceux qui sont exposés aux émanations des plantes fourragères et ceux qui en sont préservés.

2° L'ensemble des symptômes de cette maladie se montre en toute saison, à la suite d'insolations et de refroidissements, le corps étant en sueur, et, en particulier, chez les emphysémateux exposés ou non à des poussières ou à des émanations irritantes.

3° La périodicité annuelle, dont on a voulu faire un des caractères de la maladie, ne paraît pas prouvée, la plupart des malades observés restant pendant plusieurs années indemnes de tous accidents.

4° Quant à la dyspnée, qu'on regarde en général comme un signe pathognomonique de l'asthme de foin, elle n'est que l'extension plus ou moins accentuée de l'irritation qui affecte la conjonctive et la muqueuse nasale et pharyngée, comme cela arrive à des degrés divers dans la grippe, sans qu'il soit permis de voir là une variété de l'asthme idiopathique.

5° L'affection désignée sous les noms d'*asthme d'été*, *catarrhe d'été*, *fièvre de foin* (*hay fever*, *summer catarrhe* des Anglais), doit être regardée comme une fièvre catarrhale, influencée et modifiée dans ses causes multiples, dans sa marche et selon les aptitudes individuelles, par les conditions atmosphériques qui produisent les affections aiguës des bronches, et doit être rayée du cadre nosologique comme entité morbide. » — M. L.

JOURNAL DES JOURNAUX

Recherches sur la nature et la pathogénie du mal perforant du pied (mal plantaire perforant), par S. DUPLAY et J.-P. MORAT, ex-interne des hôpitaux de Lyon. — Mémoire important, aussi bien présenté que logiquement déduit, et qui entraîne la conviction sur l'étiologie nouvelle de cet ulcère perforant si rebelle, en contradiction avec les précédentes. Après l'exposé des symptômes principaux, basé sur six nouvelles observations, savoir : les troubles de la sensibilité locale, analgésie et anesthésie, les lésions des articulations voisines, celles de la peau, du tissu cellulaire, et les éruptions, les œdèmes, les phlegmons, les gangrènes qui en résultent, ces lésions sont étudiées microscopiquement dans une deuxième partie. Une lésion constante en ressort : c'est la dégénérescence d'un ou de plusieurs faisceaux nerveux affectant tout le trajet du nerf ou une étendue variable de son extrémité périphérique, avec une ulcération sur son trajet, ulcération plus ou moins profonde amenant la destruction des tissus et regardée comme la maladie principale. Autour existent des altérations inflammatoires, plastiques, consistant en hypertrophie papillaire, sclérose conjonctive et osseuse, endartérite, névrite périphérique. Représentées par la gravure, ces lésions sont la réfutation des précédentes théories sur la nature de ce mal étrange ; de là la troisième partie. Ce n'est pas un

ulcère ordinaire comme on l'a dit, puisque, seul, il est accompagné de ces altérations qui expliquent sa résistance à la cicatrisation et ses récidives. Il ne dépend pas davantage de l'athérome des vaisseaux, car cette lésion est très-exceptionnelle. C'est tout simplement une manifestation de la dégénéresence nerveuse, une trophonévrose, pour parler le langage des cliniciens actuels. Et, à l'appui de cette étiologie, nos auteurs montrent par des faits cliniques l'ulcère perforant se produisant à la suite de la section, la compression du sciatique, à une maladie de la moelle ou des ganglions spinaux, et à un simple trouble de l'innervation. C'est ainsi que dans un ulcère du talon, dont la cause était restée inconnue, on trouva à l'autopsie une tumeur hydatique du sacrum comprimant les racines du sciatique pour l'expliquer. L'action du froid sur les extrémités périphériques nerveuses, la gelure des pieds, peut de même en être la cause.

C'est donc là une étiologie très-probable et satisfaisante se rattachant à la classe des trophonévroses qui grossit tous les jours. Elle explique l'inefficacité du traitement ordinaire, et montre que la section nerveuse, dans certains cas, serait le moyen de traitement le plus rationnel. De là le succès des amputations, des désarticulations, des résections, quand la dégénérescence nerveuse n'est pas trop étendue (*Arch. génér. de médecine*, mars, avril, mai). — P. G.

Traitement des ulcérations du col, du catarrhe utérin et de la leucorrhée. — M. le docteur de Saint-Germain fait usage, au Bureau central des hôpitaux, de sachets médicamenteux. Ce sont des cylindres de gaze de 5 ou 6 centimètres de long, un peu plus gros que le pouce, renfermant de la farine sèche de graine de lin. Ces sachets sont placés pour trois ou quatre jours dans le vagin, après avoir été trempés dans de la glycérine mêlée à des substances médicamenteuses.

Quand il s'agit d'ulcérations du col, sans grandes douleurs, on trempe les sachets dans la liqueur suivante :

Tannin.	12	grammes.
Glycérine.	100	—

Quand les ulcérations sont accompagnées de douleurs vives, tremper le sachet dans la glycérine belladonée :

Extrait de belladone.	8	grammes.
Glycérine	100	—

Dans les cas de leucorrhée abondante sans lésions, M. le docteur de Saint-Germain prescrit simplement des bains sulfureux et des injections abondantes avec l'eau du bain. (*Journal de méd. et de chir. pratiques*; 1873.) — H. H.

FORMULAIRE

Liniment contre les engelures.

Camphre	5	grammes.
Alcool rectifié.	12	—
Glycérine	20	—

Mêlez, pour un liniment avec lequel on frictionnera doucement, plusieurs fois le jour, les engelures non ulcérées. — N. G.

Traitement de la coqueluche. — Oppolzer.

Aux enfants d'un à deux ans atteints de coqueluche, le professeur Oppolzer administre la poudre de racine de belladone, à la dose de 5 milligrammes matin et soir; et il arrive graduellement à donner 1 centigramme matin et soir. Aux enfants plus âgés et aux adultes, il prescrit une solution de bicarbonate de soude, à prendre en petite quantité, toutes les fois qu'une quinte est imminente. Il n'administre les vomitifs qu'à la troisième période de la maladie, quand la respiration est gênée par l'accumulation du mucus dans les bronches. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 13 Septembre 1830.

Les professeurs de l'École de médecine de Paris sont convoqués en séance extraordinaire pour la prestation d'un serment individuel. Tous les professeurs, inscrits par ordre d'ancienneté sur un registre ouvert à cet effet, et en tête duquel était écrit : « *Je jure fidélité au roi des Français, obéissance à la Charte constitutionnelle et aux lois du royaume* », ajoutèrent à côté de leurs noms les mots : *Je le jure*, et apposèrent leur signature. — A. Ch.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES 1866—1873;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 12 septembre 1873,

Par M. Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Messieurs,

Bien que l'épidémie de choléra, récemment développée à Paris, soit relativement restreinte, et semble ne pas devoir prendre une extension considérable, je crois avoir été au devant de votre désir en rétablissant le cours de nos travaux interrompus par les vacances, et en faisant appel aux lumières de chacun de vous dans l'intérêt des malades qui nous sont confiés.

On ne peut pas dire que l'épidémie actuelle nous ait frappés à l'improviste; elle évoluait depuis longtemps dans des pays voisins, et le jour où l'on apprit que le choléra avait pénétré au Havre, il n'était pas difficile d'annoncer que notre tour était proche. Eût-il été possible, à l'aide de mesures énergiques ou promptement appliquées, d'empêcher cette pénétration première dans le port du Havre? C'est là un point que nous nous garderons bien de juger, n'ayant pour le faire aucun des éléments d'appréciation nécessaires; mais il importe, au premier chef, que cette question soit élucidée, et que les documents qui s'y rapportent reçoivent toute la publicité nécessaire (1).

Quoi qu'il en soit, l'invasion a eu lieu, la maladie est arrivée jusqu'à nous; il s'agit donc d'étudier cette nouvelle atteinte, et surtout de chercher ce que nous avons de mieux à faire pour la combattre et pour limiter son développement, au moins dans la population nosocomiale. Mais, avant de commencer cette étude et de vous communiquer les renseignements précis que j'ai recueillis sur le développement de la maladie dans nos hôpitaux depuis son début jusqu'à ce jour, il ne sera pas inutile de rappeler ici très-brièvement, à titre d'information préliminaire,

(1) Voyez, sur l'*épidémie du Havre et de Rouen*, les n°s 35, 36 et 37 de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 29 août, 5 et 12 septembre 1873; les *Bulletins* de l'Académie de médecine, séances du 2 et du 9 septembre 1873; et la *Gazette médicale de Paris*, 13 septembre 1873, n° 37, p. 504 : *Carte du choléra.*

FEUILLETON

HYGIÈNE PUBLIQUE

LA CRÉMATION DES MORTS EN ITALIE (1).

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

VI

La crémation des cadavres et la conservation de leurs cendres devraient donc, par toutes sortes de raisons, se substituer au mode actuel d'ensevelissement, puisque avec elles, sans offenser l'hygiène et la religion, l'on peut honorer la mémoire de ceux qui ne sont plus.

La crémation imite parfaitement l'œuvre de la nature; ce que celle-ci produit lentement par des voies obliques, par l'intermédiaire d'émanations infectes, de résidus putréfiés, la combustion l'accomplit avec rapidité et sans dangers, ne laissant à la surface de la terre qu'une petite masse de cendres, qu'il est facile de recueillir et de conserver.

Avant de décrire les expériences des docteurs Polli et Gorini, que j'ai mentionnées plus haut, je désire vous faire connaître, d'après la *Gazette de Milan*, le récit fait par le docteur G. Pini d'une crémation opérée à Florence, sur les bords de l'Arno, remplaçant, pour la circonstance, les fleuves sacrés de l'Inde : le Gange, le Kishna ou le Tumma :

« A minuit sonnant fut apportée la dépouille mortelle de S. A. le prince indien Rajach de Kellapore.

(1) Suite. — Voir les numéros des 9 et 13 septembre.

de préambule à nos études, quelques-uns des résultats auxquels nous a permis d'arriver l'étude de l'épidémie de 1866, la dernière que nous ayons observée.

Cette épidémie (1866) a été, d'une manière générale, conforme à celle des années précédentes, mais elle s'en est distinguée par quelques points particuliers que nous avons précisés au moment même où il était aisé de les contrôler sur le fait : son *début* n'a été précédé par aucun phénomène précurseur, son *évolution* a été rapide, sa *durée* courte; sa *gravité* uniforme à toutes les périodes de son cours; enfin, les *phénomènes prodromiques* ont été peu nombreux, peu accentués, ou même ont fait complétement défaut.

Ce sont là, qu'on veuille bien le remarquer, des *points de fait* et non des assertions; aucune contradiction ne leur a été opposée ni parmi vous, ni au dehors, à l'époque où il eût été facile et légitime de le faire, c'est-à-dire au moment même où ils étaient formulés. Mais de ce que j'ai présenté les faits dans toute leur simplicité, avec toute la réserve, je pourrais dire toute la modestie que doit comporter notre langage dans des questions sur lesquelles nous savons si peu de choses, il n'en faudrait pas conclure qu'ils n'ont qu'une valeur secondaire, et que je suis disposé à les laisser amoindrir pour les besoins d'une discussion. Je vais rappeler brièvement les points sur lesquels il importe de ne pas laisser établir d'équivoque.

I

RAPPORTS DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE AVEC LES AFFECTIONS INTESTINALES SAISONNIÈRES.

C'est là un point très-délicat de pathologie sur lequel nous nous sommes déjà plusieurs fois expliqué : il y a, à notre sens, erreur manifeste à considérer les épidémies cholériques comme liées d'une manière immédiate et directe aux diacrises saisonnières des voies digestives. Assurément, personne n'a songé à nier que les sujets atteints de ces affections saisonnières des voies digestives ne soient particulièrement exposés à céder à l'*intoxication* cholérique; mais de là à conclure à l'identité des deux ordres pathologiques, et à déclarer qu'une épidémie cholérique est imminente toutes les fois que ces troubles intestinaux s'observent en grand nombre, il y a bien loin, et rien ne justifie ce rapprochement forcé. Depuis plusieurs années, je n'ai pas cessé de réunir les preuves relatives à l'indépendance des deux ordres d'affections : au moment même où *débutait* l'épidémie de 1866, j'ai noté avec le plus grand soin, et précisé avec la plus grande insistance, que l'état

---

Le bûcher consistait en une pile de bois de 1 mètre 50 centimètres carrés, fixée et retenue au sol par sept barres de fer de 8 mètres de longueur; un second tas de bois était épars sur le sol.

Après certaines cérémonies religieuses, le bûcher fut saupoudré de camphre et d'aromes, puis on déposa à la partie supérieure le corps entièrement enduit de naphtaline pure (la figure était cachée par un masque de matière onctueuse et tous les membres recouverts de matières résineuses, de feuilles de bétel, de parfums, de poudre de bois de sandal).

On recouvrit alors le corps d'autres morceaux de bois, alternés avec des matières inflammables, puis le plus proche parent du prince mit le feu au bûcher.

Quoique la flamme fût alimentée par un vent impétueux, le cadavre était à peine consumé à sept heures du matin; à dix heures, le feu étant presque éteint, il ne restait plus sur place qu'un monceau de cendres.

Le prêtre indien en recueillit une petite quantité au centre du bûcher; le reste fut jeté au vent dans la direction du cours de l'Arno. »

Vous comprenez parfaitement que ce procédé, aussi long que dispendieux, ne serait pas de nature à vulgariser parmi nous la méthode de l'incinération.

C'est au gazomètre de Milan que le docteur Polli a fait sa première expérience.

Dans une cornue d'argile réfractaire de forme cylindrique, servant à la distillation du charbon de terre, il plaça le cadavre d'un chien barbet du poids de 10 kilogrammes (noyé pour contravention aux ordonnances de police municipale sur la muselière).

L'appareil était chauffé par une couronne de flammes issues d'un tube circulaire perforé; afin de rendre la combustion plus active, le gaz d'éclairage était mêlé à une certaine quantité d'air pur. La crémation dura plusieurs heures, produisant une fumée assez épaisse, à odeur

sanitaire de la ville et des hôpitaux était excellent, la constitution médicale d'une bénignité exceptionnelle ; que, *dans les semaines précédentes, les troubles intestinaux* étaient très-rares, et *que les malades* atteints de diarrhée ne se comptaient pas en plus grand nombre que d'habitude (1). Par contre, en 1871, malgré la *très-grande fréquence* des troubles intestinaux et de la diarrhée, rien n'est venu justifier les craintes qui étaient émises sur l'imminence d'une invasion du choléra (2). Cette année, d'autre part, l'invasion épidémique coïncide avec une fréquence réelle des affections saisonnières ; il peut y avoir lieu à tirer de cette coïncidence quelques indications d'hygiène ou de prophylaxie particulières ; mais cela n'apporte aucun argument à l'unification des deux ordres pathologiques, puisque la coïncidence n'a rien de nécessaire, et que l'on ne voit pas nos affections saisonnières propres donner naissance au choléra épidémique, quand celui-ci n'existe pas préalablement dans quelque contrée voisine.

Il est vraisemblable, d'autre part, que les mêmes conditions saisonnières sont favorables au développement des deux ordres d'affections, comme elles le seraient, également, au développement de la dysenterie épidémique, que l'on ne confondra pas, pour cela, avec les diarrhées simples ou dysentériformes de la saison ; mais, encore une fois, coïncidence et simultanéité ne sauraient constituer des éléments d'unification nosologique.

II

DIARRHÉE PRODROMIQUE.

Personne n'a jamais songé à contester, et les premiers observateurs n'ont pas manqué de constater (3) qu'un grand nombre de malades atteints de choléra présentent des troubles intestinaux dans les jours qui précèdent l'explosion des

(1) Voy. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 2e série, tome III ; 1866, pages 189 et suivantes, 239 et suivantes (et non pas seulement p. 239, comme cela est indiqué par erreur dans la table de ces *Bulletins*). Ce n'est pas « *à la suite,* » mais dans le cours de l'épidémie de 1866 que nos rapports sur le choléra ont été lus à la Société des hôpitaux.

(2) Voy. les Rapports sur les maladies régnantes des mois d'août et de septembre 1871. — *Bullet. de la Soc. méd. des hôpitaux*, p. 70, 71, 72 et 73.

(3) Voyez à ce sujet l'*importante* note historique de Dechambre, intitulée : *Un dernier mot sur la période prémonitoire du choléra.* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 51, 21 décembre 1865, p. 805 et suiv.)

---

de viande rôtie (1) ; après la carbonisation, le savant chimiste put obtenir une incinération complète, c'est-à-dire la calcination de toutes les parties solides du cadavre représentées par le poids de 850 grammes.

Ce premier essai prouve ainsi la possibilité de réduire en cendres le cadavre d'un animal avec les flammes du gaz d'éclairage. Le poids de la cendre représente environ le 1/12e du poids du corps.

Voici les résultats d'une deuxième expérience entreprise ces jours derniers dans le même établissement :

Le professeur Polli avait disposé la cornue de manière à pouvoir brûler la fumée à sa sortie même du récipient.

Les conduits qui amenaient le gaz d'éclairage étaient disposés de manière à mieux favoriser son mélange avec l'air pur. Dans ces conditions, un gros chien du poids du 19 kilos fut incinéré au bout de deux heures, laissant un résidu de 973 grammes de cendres.

Le professeur P. Gorini, auteur d'un ouvrage très-important intitulé : *I vulcani sperimentali*, a procédé au mois de septembre, dans son laboratoire de Lodi, à des expériences les plus intéressantes, en présence d'une brillante réunion d'hommes du monde et de savants.

Il fait liquéfier dans deux creusets, à une température très-élevée, une matière dont il a gardé jusqu'ici le secret. Lorsque, après quelques instants, le liquide a atteint le degré d'ébullition nécessaire pour désagréger les tissus, même les plus résistants, il place dans le creuset une partie du corps humain (pied, jambe, cuisse, main, tête).

(1) Il sera facile de brûler cette fumée en plaçant à l'orifice supérieur du creuset une seconde couronne de flammes. (Docteur Polli.)

accidents caractéristiques. Il serait, à la vérité, assez difficile de discuter, à l'aide d'une statistique sérieuse, sur le degré absolu de fréquence de la diarrhée qui existe avant l'attaque cholérique proprement dite, car, dans aucun pays, je n'hésite pas à l'affirmer, l'enquête n'a été faite avec toutes les garanties d'exactitude nécessaires pour qu'il soit légitime de produire une formule numérique précise. Mais il n'est pas possible cependant de laisser passer sans protestation l'opinion extrême et certainement erronée des médecins qui prétendent que la diarrhée est absolument constante pendant un temps appréciable, et qu'il n'y a pas, qu'il n'y a jamais de choléra foudroyant. Lorsqu'une opinion quelconque est ainsi poussée à ses extrêmes limites, ceux qui la soutiennent sont parfois égarés par la passion même qu'ils apportent, bien à tort, dans la discussion des choses scientifiques; je me garderai de les suivre dans cette voie, où les artifices d'argumentation interviennent d'une manière si regrettable; je me bornerai ici à reproduire textuellement le passage suivant de l'un de mes rapports sur l'épidémie de 1866, et à rappeler les noms de ceux de vous qui avaient bien voulu me fournir des documents sur ce sujet :

« *Diarrhée prémonitoire.* — La diarrhée *dite* prémonitoire, vous disais-je, qui serait peut-être appelée plus justement *diarrhée prodromique*, est certainement beaucoup moins constante que persistent à le penser quelques médecins qui basent leur jugement sur leur seule pratique personnelle. Voici, en effet, quelques chiffres fournis par vous qui suffiront pour mettre le fait hors de contestation : Dans une première série de cas observés du 13 juillet au 7 août, M. Horteloup ne rencontre la diarrhée prémonitoire que 45 fois sur 100; dans une deuxième série, allant du 8 août au 7 septembre, l'épidémie approche de sa période de déclin, l'invasion de la maladie est plus lente, et cependant la diarrhée prémonitoire manque encore 34 fois sur 100. — Sur 34 malades algides graves traités dans le service de M. Mesnet, à Saint-Antoine, 22 fois les accidents cholériques se sont déclarés au milieu de la plus parfaite santé. A Saint-Louis, pendant le mois d'août, l'interne de M. Hardy, M. Odier, constate dans son service 4 cas intérieurs; or, chez ces 4 malades, le début est tellement brusque que chacun d'eux peut en préciser l'heure. A Lariboisière, sur 50 cas, M. Oulmont signale la diarrhée initiale comme ayant manqué 18 fois. Enfin, à Necker, M. Potain, examinant 25 malades *à ce point de vue* avec une scrupuleuse exactitude, note que 12 d'entre eux, c'est-à-dire la moitié, n'ont pas présenté de prodromes, et il spécifie que, 2 fois, *le choléra a débuté par des crampes, les vomissements, et la diarrhée n'ayant eu lieu qu'une heure et une heure et demie plus tard.*

Dès que le membre a touché le liquide incandescent, il est enveloppé d'une flamme des plus vives; puis, au bout de vingt minutes, il se trouve complétement détruit; la partie volatile de ses principes organiques s'élève dans les nues sous forme de gaz, tandis que les principes fixes, calcinés et incinérés, restent au fond sous forme de cendres qui se déposent sur une toile métallique très-serrée (1).

L'œuvre de destruction s'accomplit rapidement et en silence, sans crépitation d'aucune sorte, sans odeur incommode.

Les gaz se répandent dans les airs pour aller féconder de nouveaux êtres; les cendres sont rendues à la terre pour remplacer les bases métalliques qu'elle avait perdues.

Quoique les deux procédés que je viens d'indiquer me paraissent répondre, d'une manière péremptoire, au programme de l'Institut lombard, je sais pertinemment que leurs auteurs espèrent y apporter de nouveaux perfectionnements.

VII

C'est ici le moment d'énoncer les principales objections qui ont été formulées contre cette pratique, et de les combattre sommairement par des raisons plausibles.

Celles que j'appellerai de sentiment tiennent à la répugnance de voir les dépouilles mortelles d'un homme brûler, à petit feu, sur un tas de bois, au milieu des charbons, avec lesquels ses restes viennent se mêler et se confondre.

Mais ne peut-on pas vaincre cette répugnance par les moyens qu'offre aujourd'hui la chimie

(1) Les récipients ou creusets sont en argile; la fournaise, formée de simples briques superposées (sans aucun ciment), est chauffée par le coke.

De semblables chiffres fournis par d'aussi éminents et d'aussi consciencieux observateurs ont une importance sur laquelle il est inutile d'insister; aussi a-t-on été porté à penser que cette rareté de la diarrhée prémonitoire est propre à l'épidémie actuelle. Cette opinion, qui tend généralement à s'établir, ne nous paraît pas devoir être adoptée sans réserve. En effet, si l'on se reporte au rapport de M. Blondel sur l'épidémie de 1853-54, on trouve la diarrhée prémonitoire indiquée par l'auteur comme ayant existé dans l'immense majorité des cas, et en chiffres, 4, 359 fois sur 4,740 malades. Au premier abord, ces chiffres paraissent tout à fait concluants ; mais lorsque, voulant rechercher leur signification précise, on entre dans le détail, voici ce que l'on trouve : Sur ces 4,359 malades, 2,491 « avaient ressenti (je transcris textuellement) de la diarrhée *un jour seulement avant l'entrée à l'hôpital*. » Or, l'entrée à l'hôpital et le début de la maladie sont deux choses qu'on ne saurait confondre, et la seule conclusion logique à tirer de ces chiffres est que, dans plus de la moitié des cas, la diarrhée avait devancé de si peu de temps les accidents graves, qu'il serait abusif de voir un phénomène *prémonitoire* proprement dit là où il ne s'agit évidemment que de la *première manifestation flagrante de l'intoxication cholérique*. Il reste donc 1,868 malades seulement sur 4,940 ayant eu une diarrhée *réellement* prémonitoire, c'est-à-dire existant depuis un à deux jours et plus avant le début des accidents graves. » (Rapport de 1866.)

Une question plus importante que celle qui a trait au degré absolu de fréquence des phénomènes intestinaux prodromiques de l'attaque cholérique, consiste à rechercher comment et dans quelle mesure l'intervention thérapeutique peut être utile pendant cette période.

Il est inutile de dire qu'il n'est pas un médecin qui, en temps d'épidémie, ne surveille et ne traite avec le plus grand soin tous les sujets atteints de diarrhée; cela est hors de contestation, et les praticiens n'ont besoin d'aucun avis ni d'aucune exhortation à cet égard. Mais, ce point de pratique ainsi fixé, il reste plusieurs particularités à éclaircir, sous peine de tout confondre à plaisir. A entendre certains auteurs, il semblerait qu'en temps d'épidémie cholérique il n'y eût plus qu'une seule espèce de diarrhée, la diarrhée prémonitoire; que tous les cas de diarrhée qui ont été traités et guéris sont des cas de choléra jugulés; et la question semble alors tellement simplifiée, que ces auteurs arrivent naturellement à proposer une formule thérapeutique qui, entre leurs mains, réussit d'une manière constante. Les choses, en médecine, ne sont malheureusement pas aussi simples pour ceux qui sont en

---

pour carboniser et incinérer les corps dans des vases parfaitement disposés pour recueillir les résidus de l'opération?

Le docteur Rota (de Chiari) ne peut se faire « à cette pensée triste et décourageante d'une mère, d'un fils, d'un époux laissant brûler dans une cornue, par les mains d'un chimiste, voire même d'un employé des pompes funèbres, les dépouilles d'un fils, d'un père, d'une femme, que l'on a tendrement aimés. »

Si l'on adoptait cet usage, écrit ce champion des idées ultramontaines les plus accentuées, « je m'imposerais, dans les derniers jours de ma vie, l'obligation de me faire transporter dans un lointain village où n'existeraient ni chars funèbres, ni urnes, ni bûchers, ni cornues enflammées. »

Partisan devoué du libre arbitre, et de la liberté individuelle la plus absolue, je respecte l'opinion, toute sentimentale, de cet honorable confrère, mais je me permets de ne pas la partager.

Les écrivains trop orthodoxes qui l'ont condamnée parce qu'elle était contraire au verset biblique : « Vous mangerez votre pain à la sueur de votre visage jusqu'à ce que vous retourniez à la terre d'où vous avez été tiré, car vous êtes poussière, et vous retournerez en poussière (1), » se sont tenus plus à la lettre morte du texte qu'à sa pensée métaphysique et vivifiante.

Dans les versets de l'Ecclésiastique, de Job, de la Sagesse, de la Genèse, que je vais trans-

(1) In sudore vultûs sui vesceris pane, donec reverteris in terram de qua sumptus es; quia pulvis es, et in pulverem reverteris. (Genèse, chap. III, vers. 19.)

contact immédiat avec les faits pathologiques; et il est de toute évidence que, là comme ailleurs, il faut diviser et catégoriser les faits, et que si tel cas réclame les évacuants, tel autre les repousse absolument pour rendre nécessaire l'intervention des autres agents de la thérapeutique, agents appropriés que chacun connaît, que chacun sait manier, et qu'il est inutile de proclamer à nouveau.

Est-il vrai, d'autre part, que l'emploi des moyens thérapeutiques administrés d'une manière prompte, judicieuse et opportune, réussisse, dans un grand nombre de cas, à mettre obstacle au cours de l'intoxication cholérique? C'est là une question sur laquelle nous avons scrupule de nous prononcer. Nous devons dire, cependant, que l'observation et l'analogie ne nous permettent pas de croire à cette infaillibilité de la thérapeutique au début d'une intoxication cholérique, et surtout alors que l'*attaque* se manifeste déjà; nous croyons fermement qu'on peut, dans une certaine mesure, éloigner une attaque cholérique imminente; mais nous craignons bien que les sujets *réellement cholérisés*, même dans les premières heures, ne soient sauvés par les moyens dont nous disposons actuellement que dans une très-faible proportion; et il faut avouer que s'il en était autrement nous serions, nous autres médecins des hôpitaux, bien négligents, bien peu habiles thérapeutistes, ou bien malheureux, car, quoique nous ayons nos malades absolument sous la main, nous ne sommes jamais parvenus à supprimer les cas intérieurs, malgré le soin avec lequel nous traitons les diarrhées DÈS LEUR DÉBUT, ni à atténuer l'effrayante mortalité qui s'attache à ces cas en particulier, malgré la *promptitude* avec laquelle les moyens appropriés sont mis en œuvre.

III

TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Je ne puis mieux faire que de renvoyer ceux qui voudront se rappeler ce que nous avons fait en 1866, à la revue thérapeutique par laquelle j'ai terminé mon dernier rapport sur l'épidémie de 1866 (1). Je rappellerai seulement la nécessité, au point de vue de la statistique thérapeutique, de diviser les cas de choléra en légers, moyens et graves ou asphyxiques, comme l'a fait M. Marrotte dans le remarquable *compte rendu* qu'il nous a fait *des cholériques traités par lui à la Pitié, en juillet et août* 1866 (*Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, 2e série, t. III, 1866, p. 208).

(1) *Bullet. de la Soc. méd. des hôp.*, 2e série, tome III, 1866, p. 249 et suiv.

---

crire, la réduction en cendres des corps est rappelée comme une image de la caducité humaine :

« Le soleil contemple ce qu'il y a de plus élevé en haut des cieux, mais tous les hommes ne sont que terre et que cendre (1).

« Toute chair périrait en même temps, et tous les hommes retourneraient en cendres (2).

« Nous sommes nés comme à l'aventure, et après la mort nous serons comme si nous n'avions jamais été. La respiration est dans nos narines comme une fumée, et l'âme est comme une étincelle de feu qui remue notre cœur.

« Lorsqu'elle sera éteinte, notre corps sera réduit en cendres : l'esprit se dissipera comme un air subtil, notre vie disparaîtra comme une nuée qui passe, et s'évanouira comme un brouillard qui est passé en bas par les rayons du soleil (3).

« Abraham dit ensuite : Puisque j'ai commencé, je parlerai encore à mon Seigneur, quoique je ne sois que poudre et que cendre (4).

(1) Virtutem altitudinis cœli ipse conspicit et omnes homines terra et cinis. (Ecclésiastique, chap. XVII, vers. 31.)

(2) Deficiet omnis caro simul et homo in cinerem revertetur. (Job, chap. XXXIV, vers. 15.)

(3) Quia ex nihilo nati sumus, et post hoc erimuo tanquam non fuerimus, quoniam fumus flatus est in naribus nostris, et sermo scintilla ad commovendum cor nostrum.

Quia extincta cinis erit corpus nostrum et spiritus diffunditur tanquam mollis aer et transibit vita nostra tanquam vertigium nubis, etc. (Sagesse, chap. II, vers. 2 et 3.)

(4) Respondensque Abraham ait : Quia semel cœpi loquar ad Dominum meum cùm sim pulvis et cinis. (Genèse, chap. XVIII, vers. 27.)

J'attire l'attention d'une manière spéciale sur deux pratiques qui ont paru gagner quelque faveur dans le cours de la dernière épidémie et qui s'appliquent toutes deux aux cas graves : à savoir, l'enveloppement dans le drap mouillé et la couverture de laine, et les injections aqueuses, simples ou salines, dans le système veineux (1).

IV

DOCUMENTS STATISTIQUES (2).

Le choléra a été signalé le 4 septembre à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Louis; le 5 à la Pitié, la Charité, Lariboisière, la Salpêtrière; le 6 à Beaujon; le 7 à Necker.

État par établissement des malades cholériques admis, entrés et décédés dans les hôpitaux et hospices, du 4 au 11 septembre 1873 inclusivement.

	Existant au matin.	Admissions de l'ext.	Admissions de l'int.	Total.	Sorties.	Total des sorties et Décès.	des décès.	Restant au soir.
Hôtel-Dieu	»	19	2	21	1	8	9	12
Pitié	»	3	1	4	»	2	2	2
Charité	»	8	4	12	»	9	9	3
Saint-Antoine	»	4	»	4	1	2	3	1
Necker	»	4	»	4	»	1	1	3
Beaujon	»	2	1	3	»	2	2	1
Lariboisière	»	10	7	17	1	13	14	3
Saint-Louis	»	4	10	14	»	10	10	4
Vieillesse (femmes)	»	2	»	2	»	2	2	»
Totaux	»	56	25	81	3	49	52	29

(1) Voy. Ernest Besnier, *Épidémie cholérique de* 1866 : Prophylaxie et thérapeutique, *in Bulletin général de thérapeutique*, tome LXXI, année 1866, p. 385 et suiv.; p. 433 et suiv.

(2) Nous devons ces documents à M. le Directeur général de l'Assistance publique.

« Son cœur n'est que cendre (1).

« Pourquoi la terre et la cendre s'élèvent-elles d'orgueil ? » (2).

Pour expliquer comment le mot *cinis* est plus souvent employé que celui de *pulvis*, il ne faut pas perdre de vue que les premiers Hébreux étaient imbus des principes de la civilisation égyptienne, et que, par conséquent, le *pulvis* était plus en opposition avec la méthode d'embaumement qu'avec celle de la crémation.

Le christianisme, et c'est là l'un de ses grands mérites, n'a jamais professé un culte superstitieux pour les cadavres; il ne croit pas leur conservation indispensable, il ne s'oppose pas à ce qu'ils soient réduits en poussière. Ce qui le préoccupe le plus, c'est de protéger les dépouilles mortelles des défunts contre les profanations de toute sorte et contre les dispersions sacriléges.

(*A suivre.*)

Dr Prosper de Pietra Santa.

Un nourrisson mort de faim. — Le procureur de la République près le tribunal de Rambouillet (Seine-et-Oise), vient d'informer M. le préfet de police que, par jugement en date du 21 août dernier, ce tribunal avait condamné la femme Boulanger, née Mauger (Alphonsine), nourrice de la commune d'Ablis, *à six mois d'emprisonnement*, pour négligence et défaut de soins envers un nourrisson et homicide par imprudence. Circonstance aggravante : elle était très-bien et régulièrement payée.

En portant cette décision judiciaire à la connaissance de l'administration, M. le chef du parquet de Rambouillet a demandé qu'une publicité fût donnée à ladite condamnation.

Il a été reconnu par l'autopsie que ce malheureux enfant était mort de faim.

(1) Cinis est enim cor ejus. (Sagesse, chap. XV, vers. 10.)

(2) Quid superbit terra et cinis. (Ecclésiastique, liv. IV, chap. X, vers. 9.)

État par établissement des malades cholériques admis, entrés et décédés dans les hôpitaux et hospices pendant la journée du 11 septembre 1873.

	Existant au matin.	Admissions de l'ext.	Admissions de l'int.	Total.	Sorties.	Total des sorties Décès.	Total des sorties et des décès.	Restant au soir.
Hôtel-Dieu	9	3	»	12	»	»	»	12
Pitié	2	»	1	3	»	1	1	2
Charité	3	»	»	3	»	»	»	3
Saint-Antoine. . . .	2	1	»	3	1	1	2	1
Necker	2	1	»	3	»	»	»	3
Beaujon.	»	1	1	2	»	1	1	1
Lariboisière.	7	2	3	12	1	8	9	3
Saint-Louis.	4	»	1	5	»	1	1	4
Totaux. . .	29	8	6	43	2	12	14	29

Existant le 4 septembre au matin.		»
Entrés jusqu'au 11 au soir		81
Total des malades traités.		81
Sorties	3	52
Décès.	49	
Restant en traitement.		29

BIBLIOTHÈQUE

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU DE PARIS, par A. Trousseau, professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris, etc., etc. Quatrième édition, publiée par les soins de M. Michel Peter, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, accompagnée du portait de Trousseau. Paris, 1873. Trois forts volumes in-8° de 904, — 850, — et 862 pages. J.-B. Baillière et fils.

Deuxième article. — (Voir le numéro du 6 septembre.)

Après les réflexions générales que j'ai présentées dans un premier article, je demande la permission d'appeler l'attention sur un sujet qui intéressait tout particulièrement Trousseau, en raison des longues années pendant lesquelles il avait dirigé le service des enfants à la mamelle, à l'hôpital de la rue de Sèvres. Je veux parler de l'alimentation du premier âge.

A quelle époque faut-il sevrer les enfants?

« Vous entendez tous les jours des parents, dit Trousseau, préciser d'avance le moment où un enfant sera sevré, et fixer à neuf, à douze, à quinze mois le temps qu'il devra téter. Le sevrage ne saurait se faire ainsi en consultant l'almanach; ce n'est ni à neuf mois, ni à un an, ni à quinze mois, encore moins avant ces âges, qu'il faut poser les limites de l'allaitement. Retenez bien ceci, inculquez-le dans l'esprit des familles où vous serez appelés à diriger la santé des enfants : la plus ou moins rapide évolution des dents, voilà le véritable guide. Un enfant doit téter jusqu'à ce qu'il ait passé l'époque où les accidents graves de la dentition peuvent survenir. » A ce propos, Trousseau expose l'ordre d'évolution de la première dentition qu'il a le premier, croyons-nous, méthodiquement tracé. Les dents sortent par groupes, à des temps et dans un ordre assez bien déterminés :

Un premier groupe comprend les *deux incisives médianes inférieures.*

Le second, les *incisives supérieures*, les médianes d'abord, les latérales ensuite; de sorte que lorsque l'enfant a six dents, il en a quatre en haut, deux en bas. Trousseau ajoute : « Combien il est étrange que ce fait, connu de toutes les femmes qui ont eu des enfants, soit ignoré des savants, de ceux mêmes qui ont écrit spécialement sur la matière! »

Pour ces derniers, l'ignorance ou l'oubli est, sans doute, inexcusable. Pour les autres, l'auteur lui-même donne la raison de l'indécision de leur mémoire à cet égard : c'est que l'ordre d'apparition des dents ne suit pas une loi absolue. Il présente, au contraire, d'assez nombreuses exceptions. Sur la foi de Trousseau, qui était bien plus affirmatif dans ses leçons orales que dans ses leçons écrites, il nous est arrivé d'annoncer que la première dent percerait certainement à la mâchoire inférieure, et de voir l'événement nous donner tort. D'autres

fois, nous avons vu la première incisive inférieure se montrer en même temps que la première incisive supérieure. Cela est rare, soit; mais il suffit qu'on ait été trompé une fois dans ses prévisions pour que la mémoire se trouble et se refuse à retenir de nouveau une indication qui s'est trouvée inexacte. On a déjà bien du mal à se rappeler les constantes; il est pardonnable de négliger les variables.

Si l'ordre d'évolution n'est pas absolument fixe, l'époque d'apparition l'est encore moins. D'après Trousseau, qui avait dressé d'assez nombreux tableaux statistiques à ce sujet, l'apparition de la première dent varie, chez les garçons, du troisième au quatorzième mois, et du deuxième au quatorzième chez les filles.

Van-Swieten signale un écart beaucoup plus considérable, car dans les *Commentaires des Aphorismes* de Boerhaave, il dit : « J'ai vu dans un fœtus abortif de cinq mois (quatre mois avant l'époque de la naissance) deux incisives de la mâchoire qui se montraient déjà manifestement; et, au contraire, chez une jeune fille très-saine, vigoureuse et potelée, la première dent ne parut que le dix-neuvième mois. » (Trad. par Paul Avignon, Saillant et Nyon, p. 323.) En ne prenant que les chiffres de Trousseau pour les garçons, on obtient, comme moyenne, le septième mois pour l'apparition de la première dent.

Parvenu à ce résultat, Trousseau s'arrête et ouvre une parenthèse qu'il faut reproduire, parce qu'elle est caractéristique de sa tournure d'esprit : « Avant d'aller plus loin, dit-il, remarquez combien les *moyennes* sont absurdes et inapplicables dans l'espèce. Ainsi, chez les garçons qui m'avaient fourni le tableau statistique d'où est tirée la moyenne de sept mois, je vois, par l'examen de ce tableau, que pas un seul enfant n'a eu sa première dent à sept mois, de sorte que la moyenne n'est justement applicable à aucun des faits particuliers qui l'ont fournie. »

Revenons au sevrage. Trousseau recommande d'inculquer dans l'esprit des familles que le guide, pour le sevrage, doit être l'évolution des dents. La recommandation est bonne. Mais le moyen de faire entrer une vérité si simple dans la pratique générale? C'est assurément une des choses les plus surprenantes et les plus propres à faire réfléchir sur les conditions primordiales de l'éducation et des progrès humains, que la prodigieuse résistance des esprits aux évidences les plus communes, et, par cela même, les plus utiles.

S'il est, en ce monde, une chose claire, élémentaire, facile à saisir, c'est que le lait est l'aliment naturel de l'enfant. Il est également de toute évidence que le lait constitue un aliment complet, puisque c'est pendant la lactation que les enfants, et les jeunes de tous les mammifères, accomplissent leur phase de plus grand accroissement. D'où vient donc que rien n'est plus difficile, — entendez bien cela, ô mes jeunes lecteurs, — que de faire nourrir un enfant au lait. On commence par là pour tous. Ah! sans doute. Mais à tous, — car les exceptions sont si rares qu'on peut les négliger, — on ne donne du lait seul, on ne donne rien que du lait, que le moins longtemps possible. Pourquoi?

Les nourrices, les femmes de la campagne, mettent un point d'honneur à pouvoir dire que leur enfant mange de tout. Dans les classes dites éclairées, parce qu'elles devraient l'être, on considère le lait comme une boisson, non comme une nourriture suffisante. Les médecins, il faut bien le dire, ne sont guère plus raisonnables que leurs clients sur ce point, et Trousseau lui-même termine par ces mots le chapitre intitulé : « Allaitement, dentition, sevrage. » « En tout état de cause, le sevrage ne doit pas être opéré brusquement. Déjà, dès l'âge de quatre, cinq ou six mois, l'enfant aura été habitué à prendre, indépendamment du lait de sa nourrice, des aliments féculents, bouillie, potages, dont on augmentera le nombre ou la quantité à mesure qu'il grandira. »

Et quel avantage y a-t-il à habituer l'enfant à prendre d'aussi bonne heure autre chose que le lait de sa nourrice? Je n'en sais absolument rien pour ma part, et je crois que personne ne l'a jamais dit avec quelque apparence de raison.

Plus rien qu'un mot. Les leçons si remarquées de M. Peter sur l'angine de poitrine nous font espérer que, tout en soignant les éditions de la *Clinique* de son maître, il prépare aussi le livre de sa *Clinique* à lui. Nous ne hasardons rien en lui prédisant un grand et légitime succès. — M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séances du 2 et du 9 juillet 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Sommaire. — Sur un procédé de résection de la mâchoire inférieure. — Sur les polypes naso-pharyngiens. — Nouveau procédé de laryngotomie.

M. Verneuil fait une communication sur un procédé de résection de la mâchoire inférieure. Il rappelle qu'il y a quelques années il publia un mémoire dans lequel il indiquait certaines

modifications à apporter aux opérations pratiquées sur la face, dans le but de s'opposer à la pénétration du sang dans les voies digestives et dans les voies respiratoires. Dans les voies digestives, le sang provoque des vomissements ou des coliques; dans les voies aériennes, il détermine des accidents qui peuvent devenir mortels, comme diverses observations en font foi. La crainte de ces accidents a conduit certains chirurgiens à priver les opérés des bienfaits du chloroforme, la pénétration du sang dans les voies aériennes pendant le sommeil chloroformique pouvant n'être pas suivie des efforts expulsifs de toux ou de vomissement.

M. Verneuil a lu à l'Académie de médecine un mémoire sur le tamponnement préalable des fosses nasales. Depuis il a pratiqué un grand nombre de fois ce tamponnement. Dans son mémoire, il ne s'occupait point des opérations sur la bouche et le maxillaire inférieur; mais il disait que là aussi on pouvait éviter la pénétration du sang dans les voies aériennes et digestives, en combinant les incisions de manière à n'ouvrir la cavité buccale qu'à la fin de l'opération.

Depuis la publication de ce mémoire, M. Verneuil a recueilli des observations qui lui permettent de décrire un procédé opératoire modifié pour les opérations sur le maxillaire inférieur. Des chirurgiens allemands avaient proposé la trachéotomie préventive avec tamponnement du larynx avant de faire l'extirpation des tumeurs de la face. Ces moyens peuvent être considérés comme détestables. Lorsqu'on craint une hémorrhagie, on peut faire des ligatures préliminaires; ces ligatures resteront dans la science. Il y aurait donc à établir un parallèle entre la ligature préalable de la carotide externe et le procédé de M. Verneuil.

Un malade, déjà âgé, mais de bonne santé, avait une hyperostose de la branche horizontale de la mâchoire depuis quinze ans; la tumeur, du volume des deux poings, s'étendait en arrière jusqu'à l'arrière-gorge; la langue, fortement soulevée, était appliquée aur la voûte palatine.

Le malade, préalablement endormi, M. Verneuil pratique l'opération suivante : incision sur le bord inférieur de la mâchoire d'un masséter à l'autre; dissection de la lèvre inférieure jusqu'à la muqueuse exclusivement; au bas on dissèque de la même manière; les deux angles de la mâchoire sont mis à nu; en ces points, de dehors en dedans, M. Verneuil introduit une sonde cannelée, et perfore la muqueuse en deux endroits seulement pour conduire une scie à chaîne avec le stylet aiguillé ; il en fait autant vers l'autre angle de la mâchoire. Pour isoler la tumeur de la base de la langue, il place une chaîne d'écraseur au moyen d'un trocart courbe; il agit de même pour détacher la face supérieure de l'exostose d'avec la langue, en avant. La tumeur ne tenait plus que par le cul-de-sac de la muqueuse buccale; on la détache avec des ciseaux. A peine quelques gouttes de sang avaient pénétré dans la bouche.

Depuis lors, M. Verneuil a mis en pratique la même méthode dans des opérations sur le maxillaire supérieur. Incision courbe à l'extérieur, sur le bord inférieur du maxillaire; dissection jusqu'à la muqueuse; dissection de la lèvre inférieure de l'incision; ponction pour passer la scie à chaîne destinée à la section de l'os; ouverture de la cavité buccale par la division de la muqueuse avec des ciseaux, réservée pour le dernier temps de l'opération.

Sur la mâchoire supérieure, M. Verneuil a fait des résections partielles en conservant la voûte du palais; dans ces cas, tamponnement préalable des fosses nasales, à moins que la tumeur ne bouche la narine. Dans l'ablation totale du maxillaire supérieur, réserver la section de la voûte palatine pour le dernier temps de l'opération.

M. Verneuil a fait le tamponnement préalable une douzaine de fois; les malades respiraient toujours bien, malgré le chloroforme; d'ailleurs on ne tamponne qu'une narine et même souvent cette narine est bouchée par la tumeur; seulement il faut avoir soin de tenir la bouche ouverte et la langue dehors. Le chloroforme, en empêchant la douleur et, partant, les cris des malades, rend l'hémorrhpgie moins considérable. Ce n'est pas d'ailleurs la quantité de sang perdu qui doit préoccuper le plus le chirurgien, mais la pénétration de ce liquide dans les voies digestives ou dans les voies aériennes.

Polypes naso-pharyngiens. — Dans la séance du 9 juillet, M. Trélat communique une nouvelle observation de polype naso-pharyngien. Il y a quelques jours est entré dans son service un jeune garçon de 16 ans, portant une tumeur naso-pharyngienne depuis trois ans et demi. On constate derrière le voile du palais l'existence d'une tumeur longue, ayant 2 centimètres 1/2 de largeur, et pouvant être suivie en haut jusque vers l'apophyse basilaire. Dans les narines on voit des tumeurs rougeâtres qu'on repousse facilement en arrière. La tumeur pharyngienne n'est pas saignante, elle a environ 6 centimètres de hauteur. Est-ce un polype fibreux naso-pharyngien ? Le sujet a une bonne santé et n'a jamais eu d'hémorrhagie.

M. Trélat divise le voile du palais sur la ligne médiane avec des ciseaux et le bistouri: il glisse une anse galvano-caustique derrière la tumeur; en une minute, la section est faite sans perte de sang. Extraction des polypes du nez par les fosses nasales ; ils étaient muqueux. La tumeur pharyngienne examinée par M. Cornil était un polype muqueux enflammé. On s'ex-

plique ainsi la grande facilité de certaines opérations sur les polypes naso-pharyngiens, et, parfois, l'absence de récidive.

M. Panas dit qu'il a disséqué minutieusement la région naso-pharyngienne; il a vu que la muqueuse des fosses nasales, un peu avant d'arriver aux orifices postérieurs, se transforme, devient presque fibreuse : c'est une fibro-muqueuse. Deux fois M. Panas a enlevé des polypes qui avaient leur point d'insertion dans cette région; l'un d'eux, qui s'insérait près de la trompe d'Eustache, avait l'aspect d'un polype fibreux, et n'avait jamais donné lieu à des hémorrhagies. Une autre fois, le polype naissait de la partie postérieure du vomer et remplissait le pharynx; il avait un prolongement nasal d'aspect muqueux, le reste paraissait fibreux. Ce sont des polypes mixtes, et leur structure dérive de la disposition anatomique indiquée.

Dans les deux cas, M. Panas a dû fendre le voile du palais; dans le second, le sujet, homme de 60 ans, faisait remonter à six ans le début du mal; pas d'hémorrhagie. M. Panas laissa à la partie inférieure du voile du palais un petit pont, la section ne comprenant que les neuf dixièmes supérieurs de la membrane. L'extirpation du polype se fit aisément à travers cette boutonnière, et il ne fut pas nécessaire de pratiquer ultérieurement la staphyloraphie. M. Nélaton a remarqué que, dans les staphyloraphies, lorsque la suture réussit à la partie inférieure, il suffit de quelques cautérisations pour obtenir la réunion dans les parties plus élevées. L'opéré de M. Panas vécut encore six ans sans récidive.

Nouveau procédé de laryngotomie. — M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, communique à ses collègues un nouveau procédé de laryngotomie. Ce procédé consiste à pénétrer dans la membrane crico-thyroïdienne à travers les parties molles qui la recouvrent, y compris la peau, à l'aide d'un petit cautère olivaire; à divulser ensuite l'orifice ainsi produit à l'aide du dilatateur de Laborde, et, enfin, à y introduire une canule ordinaire.

Ce procédé a été expérimenté par M. de Saint-Germain sur le cadavre d'abord, ensuite sur des chiens. Les animaux ont été sacrifiés au bout de douze jours. Deux d'entre eux avaient des eschares légères sur les parois latérales internes du larynx, à une certaine distance des cordes vocales inférieures. Sur un troisième, on voyait, sur la paroi postérieure du cartilage cricoïde, au point qui correspondait à celui de l'ignipuncture, une légère ulcération de la muqueuse évidemment produite par le contact du cautère non encore éteint.

Ces altérations auraient probablement provoqué des accidents chez les chiens opérés, si on les eût laissés vivre plus longtemps. M. de Saint-Germain en conclut qu'il est nécessaire de se livrer à de nouvelles expériences sur les animaux vivants avant d'opérer sur l'homme, et de régler la cautérisation de façon à ne léser absolument que la membrane crico-thyroïdienne. Quant à la divulsion, elle ne paraît avoir déterminé aucun accident sur les animaux qui ont été opérés par M. de Saint-Germain.

Cette communication donne lieu à quelques courtes observations de MM. Desprès, Dubreuil, Marjolin, Verneuil, Paulet et Trélat.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

JOURNAL DES JOURNAUX

Prévention des hémorrhagies dans les opérations des membres inférieurs, par le professeur ESMARCH. — Sous le titre de *Ueber Blutersparung bei opérationen an der extremitäten*, le célèbre chirurgien a fait une communication importante au Congrès des chirurgiens allemands sur l'hémostase, qui consiste à vider autant que possible les vaisseaux du sang qu'ils contiennent avant de commencer l'opération, et d'en prévenir le retour par une puissante compression durant l'opération.

Par exemple, qu'un séquestre doive être détaché du tibia, et alors un bandage élastique ou autre est appliqué depuis la pointe des orteils jusqu'au milieu de la cuisse pendant que le malade est chloroformé. Il doit être assez serré pour pousser la plus grande partie du sang des capillaires et des veines vers le cœur. Au-dessus du bandage, un tube en caoutchouc, gros comme le pouce, est alors étroitement serré autour de la cuisse pour arrêter complétement la circulation. Si l'opéré est très-musculeux, un coussinet est placé sur l'artère principale.

Le bandage enlevé, on commence immédiatement l'opération. La peau du membre est pâle, et aucune pulsation n'est sentie. La première incision laisse couler un peu de sang noir des veines profondes, mais l'écoulement cesse bientôt et l'opération peut être terminée *à blanc*, sans qu'il coule plus de sang que d'un cadavre; l'opérateur n'est ainsi gêné ni par son effusion, ni par les éponges des aides. L'hémorrhagie, parfois profuse et dangereuse, est non-seulement ainsi prévenue, mais l'opération en est rendue bien plus facile et plus prompte.

M. Mac Cormac a employé cette méthode dans un cas de nécrose du tibia sur un enfant faible et délicat. Pendant près d'un quart d'heure qu'a duré l'extraction, pas une seule goutte de sang n'est venue gêner le champ visuel, et l'opéré n'en fut pas affaibli ni gêné par l'appareil élastique. M. Arnott l'a également employée dans une excision du genou, sans qu'une goutte de sang ne s'écoulât pendant une demi-heure. Elle a donc grande chance de se vulgariser. (*Berl. Klin. Wochench*, n° 32, et *London med. Record*, août.) — P. G.

Fracture limitée à la table interne du frontal, par le docteur TRIPLETT. — Un ferblantier de 45 ans reçut, le 24 octobre 1872, une pierre sur la bosse frontale droite qui fit une plaie en V renversé des téguments avec détachement du périoste dans une petite étendue. Il put retourner immédiatement chez lui sans être troublé par ce coup, qui devait être mortel.

Aucune fracture ne fut découverte. La réunion des parties molles et un pansement contentif furent faits, en recommandant le repos au blessé. Mais il n'en tint pas compte ; huit jours après, des symptômes cérébraux se déclaraient, malgré le bon état de la plaie, et la mort arrivait le quatorzième jour après l'accident.

L'autopsie juridique montra la table externe du frontal dénudée dans l'étendue d'un pouce environ, l'os est blanc et comme mort, sans fissures. A la partie interne correspondante, la table interne est fracturée et une esquille libre pressait sur la dure-mère, détachée dans une étendue de plus d'un pouce. Cette fracture s'étendait sur deux lignes et était recouverte de pus comme la dure-mère. Sans être perforée, celle-ci était désorganisée dans la partie correspondant à la fracture. L'arachnoïde et la pie-mère étaient détruites dans la partie correspondant à un abcès superficiel du lobe antérieur de l'hémisphère droit, de plusieurs pouces d'étendue et rempli de pus. Il n'avait pas plus d'un demi-pouce de profondeur. Tout l'hémisphère droit était couvert de pus infiltré dans la pie-mère en quantité considérable. La consistance de la pulpe cérébrale était très-diminuée. (*The Boston med. and surg. journal*, avril.)

C'est donc là un nouvel exemple de la réserve à apporter dans le diagnostic et le pronostic des lésions du crâne, qui trompent si souvent les prévisions les mieux établies. — P. G.

FORMULAIRE

BOISSON ANTIDIARRHÉIQUE. — PIORRY.

Semences de riz décortiquées.	30 grammes.
Eau.	1000 —
Blancs d'œufs.	N° 3.
Sirop de coings.	100 grammes.

On fait bouillir le riz dans l'eau pendant une demi-heure ; on passe à travers un linge peu serré, puis on ajoute à la décoction refroidie les blancs d'œufs et le sirop. Un quart de verre de cette boisson de demi-heure en demi-heure.

Quand la diarrhée a cessé, on alimente les malades avec des bouillons très-concentrés, des viandes tendres, du poisson, des œufs frais, qui sont digérés en grande partie par l'estomac, et non avec des légumes, dont la digestion est surtout élaborée par l'intestin. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 16 SEPTEMBRE 1613.

Jehan Allement et Jehan Galendi, docteurs en médecine ; Perinon Durand, Anthoine Taillant, Guillaume le Fornier, Benoist Barbier, Claude Cullart, Charles Laliffy, maîtres chirurgiens, demeurant tous à Dijon, sont chargés, par le procureur de la ville, de visiter le nommé Guillaume de Vessy, boucher, fortement soupçonné d'avoir la lèpre. Nos Esculapes déclarent que, « par l'oppinion générale tant des médecins que des chirurgiens, tant par les signes univoques que équivoques, que ledit Guillaume de Vessy est malade de ceste contagieuse maladie que on appelle lèpre ; en sorte et manière que il doit estre séparé de la compagnie des sains pour le bien de la chose publique. »

Je n'ai pas besoin de dire que le pauvre boucher fut coffré dans la maladière de Dijon, séquestré et *mis hors du siècle*. — A. Ch.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 12 septembre, on a constaté 936 décès, savoir :

Variole, 1 décès ; — Rougeole, 12 ; — scarlatine, 1 ; — fièvre typhoïde, 41 ; — érysipèle, 3 ; — bronchite aiguë, 23 ; — pneumonie, 28 ; — dysenterie, 14 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 25 ; — choléra infantile, 43 ; — choléra, 107 ; — angine couenneuse, 12 ; — croup, 11 ; — affections puerpérales, 7 ; — affections aiguës, 277 ; — affections chroniques, 291 (dont 144 dues à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 21 ; — causes accidentelles, 19.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Delpech a présenté le tableau de la situation de l'épidémie de choléra, à Paris, du 9 au 15 septembre. Nos lecteurs le trouveront au compte rendu. Il résulte de ce tableau, ainsi que l'a fait remarquer le savant académicien, que nous avons affaire, jusqu'à présent, à une épidémie relativement modérée. Le nombre total des décès, du 9 au 14 septembre inclusivement, a été de 134, y compris les décès en ville et dans les hôpitaux civils et militaires, ce qui donne une moyenne de 22 décès par jour. C'est là, en somme, eu égard à une population de près de deux millions d'habitants, une situation nullement alarmante.

Il est digne de remarque que la mortalité, dans les hôpitaux civils, n'a été que de 29 sur un chiffre de 79 entrées; on voit rarement, en effet, une épidémie de choléra, au début, produire une mortalité moindre de la moitié des cas. Les hôpitaux militaires ont été encore plus favorisés; car, du 9 au 12 septembre, il n'y a eu que 3 décès cholériques, et, le 12 septembre, on n'a constaté aucun cas de mort. Cette rareté et cette bénignité des cas de choléra, dans les hôpitaux militaires, sembleraient confirmer une remarque singulière faite par M. le docteur Josat, savoir : que l'épidémie actuelle, à Paris, paraitrait sévir plus particulièrement sur les femmes, triste privilége, hélas! qui n'excitera certainement pas la jalousie du sexe fort.

Quoi qu'il en soit, la résultante des documents communiqués à l'Académie par M. Delpech établit d'une manière incontestable la bénignité relative de l'épidémie actuelle jusqu'à ce jour; espérons qu'elle ne perdra pas ce caractère, et qu'après lui avoir payé un tribut toujours douloureux, si modéré qu'il soit, nous serons bientôt débarrassés de la présence de cet hôte désagréable.

La plus grande partie de la séance a été occupée par M. J. Guérin, qui a continué la démonstration commencée mardi dernier de la signification de la diarrhée qui précède les cas particuliers de choléra, et de celle qui précède ou accompagne les épidémies cholériques.

Pour M. J. Guérin, les accidents qui ont reçu les noms de diarrhée *prémonitoire* ou *prodromique* et de *cholérine* ne sont pas autre chose que des manifestations plus ou moins accusées de l'influence épidémique, ne sont que le choléra lui-même. L'argument qu'il a fait surtout valoir en faveur de cette doctrine, et qu'il considère comme décisif, est celui qui est tiré de l'observation des faits dans lesquels on a vu, d'une part, des individus atteints de diarrhée cholérique simple communiquer le choléra grave, et, d'autre part, des individus atteints de choléra confirmé ne produire autour d'eux que des accidents diarrhéiques. Ainsi, tantôt la cholérine engendre le choléra et tantôt le choléra engendre la cholérine; preuve évidente, suivant M. J. Guérin, de l'identité de nature de ces deux formes de la maladie.

Il y a également identité de nature entre le choléra épidémique et le choléra dit sporadique. Partout où le choléra se manifeste, il est toujours le produit d'une génération *spontanée;* l'importation ne fait qu'apporter son contingent particulier à l'ensemble des causes générales et individuelles qui déterminent les épidémies.

Toute épidémie est le résultat de l'influence de deux facteurs : un facteur *atmosphérique*, qui recèle l'élément morbide à dose plus ou moins concentrée, un facteur *organique*, l'organisme animal, doué d'une réceptivité plus ou moins grande pour la semence, pour le germe morbide qu'il a la propriété de régénérer et de propager autour de lui.

De cette action et de cette réaction réciproques du facteur atmosphérique sur le facteur organique, et du facteur organique sur le facteur atmosphérique, résultent les *constitutions médicales* et les influences épidémiques avec toutes leurs nuances, depuis les cas isolés, dits sporadiques, jusqu'aux épidémies les plus générales, les plus complètes et les plus graves.

M. J. Guérin admet des épidémies incomplètes ou, comme il les appelle, des

ébauches d'épidémies cholériques, comme il a admis des ébauches de fièvre jaune, de variole, de morve et, en un mot, de toutes les maladies virulentes. Une épidémie de choléra peut ne se manifester, dans telle ou telle localité, que par un de ses symptômes, la diarrhée ou la cholérine, ainsi que cela a été observé à Lyon pendant l'épidémie de 1832. Mais ces ébauches d'épidémies, ces diarrhées, ces cholérines, ce que l'on a appelé encore le *choléra infantile*, le *choléra nostras*, ne sont pas d'une nature différente que le choléra asiatique; tous ces accidents ne sont que des manifestations particulières d'une seule et même maladie, et sont contagieux comme elle.

M. J. Guérin admet donc, en même temps que la spontanéité du choléra, la nature contagieuse de toutes les manifestations, même incomplètes et ébauchées, de cette maladie; cela lui suffit pour rendre compte du développement de toutes les épidémies de choléra, ainsi que de toutes les circonstances qui précèdent ou accompagnent ces épidémies, sans qu'il soit nécessaire de recourir à la doctrine de l'importation, à laquelle M. J. Guérin n'accorde qu'une influence extrêmement restreinte dans la genèse épidémique.

Le système de l'importation du choléra, suivant M. J. Guérin, ne conduit qu'à une prophylaxie illusoire et à des mesures vexatoires, dont l'unique résultat est de bouleverser les relations internationales et de ruiner le commerce.

Du moment où l'on admet que le choléra naît spontanément dans tous les pays où il se manifeste épidémiquement, et que l'importation n'entre que pour une faible part dans la genèse et le développement de la maladie, il est clair que les avantages du système de préservation actuellement en usage ne sauraient contrebalancer les dommages infligés au commerce international par les mesures quarantenaires. M. J. Guérin s'est élevé avec vivacité contre le maintien de ce système qu'il a qualifié sévèrement en disant qu'il était digne du moyen âge.

Comme conclusion, l'orateur recommande, en fait de mesures prophylactiques, l'organisation, en temps d'épidémie, de visites domiciliaires qui seraient faites par des médecins chargés de voir les familles, de s'enquérir de leur état sanitaire et, s'il y avait lieu, de combattre dès le début les accidents de la diarrhée prémonitoire. On sait que ce système a été essayé en Angleterre avec un succès des plus remarquables.

Tel a été, dans ses principales lignes, le discours de M. J. Guérin.

Quelle que soit l'opinion qu'on se fasse sur la valeur des doctrines exposées par l'orateur, il est impossible de ne pas rendre justice au talent qu'il a déployé dans son argumentation. Nul plus que M. J. Guérin n'excelle dans l'art de grouper les faits, de les interpréter et de les faire servir habilement à la démonstration de l'opinion qu'il cherche à faire prévaloir. Les défenseurs du système de l'importation auront à tenir grand compte de son argumentation habile et serrée.

L'orateur aurait pu s'écrier avec orgueil en terminant son discours : *Exegi monumentum;* il s'est contenté de dire fièrement qu'il attendait de pied ferme ses contradicteurs sur le terrain des faits; il n'attendra pas longtemps. Déjà M. Fauvel, sans attendre ce défi, s'était fait inscrire; il prendra la parole dans la prochaine séance. Chacun sait que ce savant académicien est l'un des partisans les plus convaincus du système de l'importation du choléra, système qu'il a défendu et développé avec un grand talent et une grande compétence dans un livre justement estimé. Ce livre n'est pas seulement son œuvre propre, mais il est en quelque sorte l'œuvre collective des médecins si distingués qui composaient la commission internationale réunie en 1866 à Constantinople pour étudier et résoudre toutes les questions relatives au choléra. Or, cette commission s'est prononcée à l'unanimité pour la doctrine de l'importation du choléra.

M. Fauvel viendra donc défendre à la tribune académique l'œuvre de la commission sanitaire internationale, à laquelle il a pris une part si importante. M. Jules Guérin aura affaire à forte partie.

Les débats sont dignes de tels rivaux et les rivaux sont à la hauteur des débats. Avec de tels champions la discussion ne peut manquer d'être intéressante et instruc-

tive. Puisse-t-elle être également profitable à la solution de la question si importante qui s'agite devant l'Académie, et qui intéresse à la fois la science et l'humanité!

Dr A. TARTIVEL.

A mon excellent ami le docteur TARTIVEL.

Dès le 6 avril 1832 (ma thèse, *Esquisse du choléra de Grenelle*, avec cette épigraphe significative : « *Principiis obsta* », en fait foi), j'avais acquis la conviction que la diarrhée avec velléités de crampes, nausées et spasme diaphragmatique était le début du choléra, et je sauvais une blanchisseuse par une saignée opportune. Je partage donc non-seulement les idées de M. J. Guérin, mais, allant plus loin, je dis : Ce n'est pas *prémonitoire*, mais bien *monitoire* qu'il faut appeler cette diarrhée, puisqu'elle signale et est elle-même la maladie à son début.

A ce sujet, permettez-moi de rappeler aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE un fait que quarante et une années pourraient bien avoir fait perdre de vue. Frappé de trois succès obtenus coup sur coup, M. Juge, maire de Grenelle, y fit placarder, le 10 avril, ces simples lignes :

AVIS TRÈS-IMPORTANT.

« Le choléra n'est pas une maladie qui vous prend et vous tue. Il commence par des « crampes, des envies de vomir, un grand dérangement de corps et de l'étouffement. A ce « moment, il est guérissable ; mais les minutes se comptent. Lorsqu'on éprouve ces accidents, « il faut appeler immédiatement un médecin. »

C'était parler la langue du peuple ; elle fut comprise. Grenelle, jusqu'alors si affreusement éprouvé, se tint sur ses gardes, et tandis que, de l'autre côté du mur d'octroi, fourgons et tapissières ne suffisaient plus à l'enlèvement des morts, à peu près seuls, quelques ivrognes, ramassés gélides au coin des bornes, payèrent encore le tribut.

C'est pourquoi, mais ceci doit être dit tout bas et instillé seulement dans l'oreille de M. Chereau, plus tard, je me crus autorisé à écrire :

Là, penché sur la Mort, scrutant sa sombre joie,
Aspirant l'air glacé des cadavres vivants,
Je surpris son secret, je lui ravis sa proie.....
(*Les Matines du Reclus.*)

Agréez mes affectueuses salutations.

Léon MARIE.

Paris, 11 septembre 1873.

REVUE DE CLINIQUE MÉDICALE

MALADIES DU COEUR.

Les travaux qui ont été produits depuis quelque temps sur la pathologie du cœur ont pris une telle extension, que nous croyons devoir en résumer les points les plus importants. Déjà, les lecteurs de l'UNION MÉDICALE ont, par l'analyse récente de la thèse inaugurale de M. Labadie-Lagrave, pris connaissance des complications cardiaques qui peuvent survenir dans la diphthérie ; ils savent aussi, par un travail que nous avons publié avec la collaboration de notre savant et affectionné maître, M. Desnos, avec quelle fréquence toutes les parties constituantes du cœur, l'endocarde, le péricarde et le myocarde, sont atteintes dans la variole. Aussi nous bornerons-nous, dans cet exposé, à passer en revue les différents travaux qui ont été faits depuis peu de temps sur la pathologie cardiaque.

M. le docteur Lancereaux vient de faire paraître, dans les numéros de juin et de juillet 1873 des *Archives de médecine*, deux mémoires intéressants, dont l'un est intitulé : *De l'endocardite végétante ulcéreuse et de ses rapports avec l'intoxication palustre*, et dont l'autre traite *Des affections syphilitiques de l'appareil circulatoire*.

I. CARDIOPATHIES D'ORIGINE PALUSTRE. — L'auteur rapporte 8 observations où l'impaludisme paraît avoir joué un rôle dans la production de l'endocardite ulcéreuse. Pour lui, l'altération valvulaire a, dans ces cas, des caractères spéciaux ; primitivement localisée aux valvules aortiques, elle s'étend quelquefois à la valvule mitrale, surtout à la valve droite. Au sujet de l'endocardite ulcéreuse, le docteur

Lancereaux se demande si cette affection n'est pas de nature parasitaire. Il se fonde sur ce fait entrevu par Winge et Virchow, que les ulcères valvulaires présentent des granulations moléculaires et des bâtonnets qui ont une grande analogie avec les vibrions. Si la nature parasitaire de l'endocardite ulcéreuse est démontrée, l'auteur propose de la combattre au moyen de l'acide phénique et du silicate de soude. Une seule fois il a observé une endocardite palustre sans végétation et sans destruction valvulaire.

A ce sujet, M. le docteur Duroziez a rappelé (numéro de juillet 1873) qu'il avait publié dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1870, un travail intitulé : *Des lésions des valvules du cœur d'origine palustre*. Sur 20 cas qu'il rapporte, et dans lesquels il n'a pas trouvé d'autres antécédents, d'autre maladie que des fièvres intermittentes, la lésion observée est, dans 7 cas, « le rétrécissement mitral, soit simple, soit compliqué d'insuffisance aortique; dans 3 cas, l'insuffisance mitrale est ajoutée à l'insuffisance aortique; dans 5 cas, l'insuffisance aortique est pure; dans 1 cas, l'insuffisance mitrale est simple; dans 3 cas, c'est une insuffisance de la tricuspide ou un rétrécissement de l'orifice aortique. »

II. CARDIOPATHIES SYPHILITIQUES. — Dans un second mémoire (*Des affections syphilitiques de l'appareil circulatoire*), M. Lancereaux étudie les altérations que la syphilis produit dans le cœur et les artères. Dans le cœur, cette altération se montre ordinairement sous les deux formes de myocardite gommeuse et de myocardite diffuse. Cette dernière peut être facilement distinguée, par ses caractères objectifs, de la myocardite du rhumatisme et de l'alcoolisme. Dans le rhumatisme, c'est la lésion presque constante des orifices et des valvules du cœur; dans l'alcoolisme, c'est la surcharge de la base du cœur, la coloration jaunâtre et la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires; dans la syphilis, ce sont les parois des cavités du cœur qui sont particulièrement atteintes, les valvules et les orifices restant intacts. Quelquefois, cependant, on peut noter un épaississement inflammatoire des valvules.

Les gommes sont soumises, dans le cœur comme dans tout autre organe, à la métamorphose graisseuse, au ramollissement; elles peuvent, par leur issue dans la cavité cardiaque, déterminer des embolies et l'infection générale, comme il résulte d'une observation d'Oppolzer. Mais il faut bien savoir que les gommes se vident rarement dans le cœur, parce que l'endocarde, épaissi à leur niveau, oppose un obstacle à cette terminaison.

Les symptômes observés sont : des palpitations avec impulsion énergique du cœur, avec la faiblesse et l'irrégularité du pouls, la dyspnée et l'oppression; décoloration de la peau du visage, cyanose légère des lèvres et des extrémités, œdème peu marqué; dans les derniers temps de la vie, douleur vive et sensation de gêne à la région précordiale, et enfin tous les symptômes de l'asystolie, matité du cœur augmentée; bruits cardiaques sourds et, dans deux cas, présence d'un souffle léger au premier temps et à la pointe. La marche de la maladie est lente et insidieuse; la mort est survenue lentement dans 3 cas, elle a été une fois rapide et quatre fois presque subite. Cependant, comme M. Lancereaux n'a examiné que les cas de syphilis cardiaque terminés par la mort, il ne faudrait pas en conclure que la guérison ne peut être obtenue.

La syphilis porte aussi son action sur le système artériel, et l'auteur décrit l'ARTÉRITE SYPHILITIQUE. Le docteur Weber avait déjà rapporté un fait où l'altération siégeait dans l'artère pulmonaire; Virchow avait trouvé chez une jeune fille syphilitique l'aorte garnie de plaques sclérotiques et athéromateuses. En résumé, l'artérite syphilitique a pour siége spécial les artères carotides et cérébrales, elle peut affecter aussi l'aorte et l'artère pulmonaire. L'épaississement artériel commence par la tunique externe, il peut envahir les tuniques moyenne et interne; il a pour effet de rétrécir ou même d'obstruer le calibre du vaisseau. La syphilis artérielle peut même se terminer par la formation d'anévrysmes.

CARDIOPATHIES PUERPÉRALES. — M. le docteur Ollivier, dans son *Étude sur les maladies chroniques d'origine puerpérale*, a passé en revue les diverses altérations

que le cœur peut subir dans la puerpéralité (*Arch. de méd.*, avril 1873). Elles peuvent atteindre le myocarde et l'endocarde. On sait maintenant très-bien, depuis le travail d'un honorable praticien de province, M. le docteur de Lotz, que l'endocardite d'origine puerpérale n'est pas rare. M. Ollivier en admet trois formes : une forme *subaiguë*, une forme *chronique d'emblée*, une forme *suraiguë* caractérisée par des accidents typhoïdes ou pyohémiques. (Voir thèse de Decornière sur l'*endocardite puerpérale*, 1869; plusieurs notes de M. le docteur Ollivier, sur *une cause peu connue des maladies organiques du cœur*, *et sur l'endocardite et l'hémiplégie puerpérales*. — Soc. de biologie, 1868 et 1869.)

Les manifestations de la puerpéralité sur le muscle cardiaque sont moins bien connues, à part l'hypertrophie du cœur, qui a été notée depuis longtemps déjà pendant la grossesse, par le docteur Larcher, en 1828. Le plus souvent, cette hypertrophie est passagère et disparaît après l'accouchement; cependant elle peut devenir permanente, et M. Ollivier cite un cas où elle a continué sa marche après l'accouchement.

Mais le muscle cardiaque peut être plus gravement atteint par l'*inflammation et la dégénérescence graisseuse*. Spiegelberg a relaté une intéressante observation où la mort subite, survenue trois jours après l'accouchement, était due à la rupture du ventricule gauche, causée elle-même par une myocardite aiguë. La mort subite peut être due également à la dégénérescence graisseuse du cœur, dont Mac Nichol, Danyau (Société de chirurgie, 1852), A. Mordret (Acad. de méd., 1858), Moynier, etc., ont cité des exemples. On doit donc admettre une myocardite et une dégénérescence graisseuse du myocarde, d'origine puerpérale.

Nous ne devons pas quitter ce sujet sans parler de l'influence fâcheuse que la grossesse exerce, d'après M. Peter, sur les maladies du cœur. Celles-ci, qui avaient pu rester presque latentes jusque-là, se traduisent souvent pendant la grossesse par des accidents plus ou moins graves, qu'il appelle *gravido-cardiaques*, par une augmentation de la dyspnée, des palpitations, des symptômes graves de congestion pulmonaire, des hémoptysies abondantes. La connaissance de ces faits a une extrême importance, parce qu'elle permet au médecin de proscrire la grossesse à une femme atteinte d'affection du cœur, ou tout au moins de recommander beaucoup de soins et de ménagements lorsqu'elle est enceinte.

III. PHLEGMASIES CARDIAQUES DANS L'ÉRYSIPÈLE. — L'inflammation des séreuses du cœur avait été notée par Fuller, et admise en France par M. le professeur Gubler. Dans une note *sur les phlegmasies cardiaques liées à l'érysipèle de la face* (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, numéro du 20 juin 1873), M. le docteur Jaccoud appelle de nouveau l'attention sur ce point intéressant de la pathologie cardiaque. Dans son *Traité de pathologie*, dans sa *Clinique médicale de Lariboisière*, le savant professeur avait déjà insisté sur la possibilité des complications cardiaques dans l'érysipèle. Pour lui, les cardiopathies observées dans le cours de l'érysipèle sont, par ordre de fréquence décroissante, l'*endocardite*, la *péricardite*, la *myocardite*. L'endocardite, dans l'érysipèle, occupe ordinairement l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Une fois, l'endocardite mitrale a coïncidé avec une endocardite tricuspidienne. Dans un cas, cette endocardite a survécu à l'érysipèle, et elle a été le point de départ d'une lésion organique d'un orifice du cœur. Malgré ce fait, nous devons dire, pour notre part, que les endocardites qui surviennent en dehors du rhumatisme, dans les fièvres éruptives, la variole, la scarlatine, dans l'érysipèle, etc., ont pour caractère de disparaître plus rapidement que les endocardites rhumatismales, de donner moins souvent lieu à des lésions organiques. Il est très-probable que, dans ces cas, l'inflammation est plus superficielle et qu'elle altère moins les valvules. C'est là une considération pronostique qui a sa grande importance.

La *péricardite* est plus rare, toujours sèche, jamais isolée, presque toujours associée à l'endocardite.

La *myocardite*, plus rare, accompagne l'endocardite ou existe seule; elle peut rendre compte de la terminaison éminemment funeste d'un certain nombre d'érysipèles.

IV. Traitement des maladies du cœur. — Le traitement des maladies du cœur à ses différentes périodes ont été résumées d'une façon très-intéressante dans une leçon de M. Peter, que nous trouvons résumée dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (numéro de juillet 1873).

I. Au début, la digitale a beaucoup d'action sur les palpitations qu'il faut combattre, parce qu'elles sont la première cause de l'hypertrophie du cœur, et l'on sait que le rôle compensateur que l'hypertrophie jouerait par rapport aux affections cardiaques a été singulièrement exagéré. M. Peter donne la préférence à la digitaline, qu'il prescrit à la dose de 1 à 2 milligrammes. Chez les personnes nerveuses, il ajoute l'éther, le laurier-cerise, le chloral; l'éther et le chloral sous la forme de perles (2 à 6 par jour pour l'éther, 2 à 3 pour le chloral); l'eau de laurier-cerise à la dose de 5 à 10 gouttes sur un morceau de sucre, deux ou trois fois par jour.

Contre la douleur, et surtout contre celles qui sont dues à l'inflammation des nerfs du plexus cardiaque, applications de ventouses scarifiées ou de sangsues dans la région sus-mamelonnaire. Si le danger est moins imminent, les vésicatoires suffisent : bromure de potassium (4 à 8 gr. par jour), qui produit un effet sédatif remarquable sur les désordres cardiaques et la dyspnée concomitante.

Si les attaques de douleur et de dyspnée reparaissent à courts intervalles, M. Peter conseille l'application d'un cautère dans le deuxième ou troisième espace intercostal, près du sternum, et, lorsqu'il s'agit d'une femme, l'application pendant deux ou trois mois, une fois par semaine, d'une mouche de Milan, et des badigeonnages de teinture d'iode sur la région du cœur.

II. Dans la deuxième période, que M. Peter appelle *chimique*, et caractérisée par des troubles de l'hématose, de la dyspnée et de l'anémie, les pastilles de kermès à la dose de 6 ou 8, d'ipéca à la dose de 4 à 6, sont utiles pour décongestionner les poumons. Les balsamiques, les préparations de Tolu, de térébenthine, la tisane d'infusion de bourgeons de sapin, les pilules de Morton, conviennent pour entretenir à la surface de la muqueuse respiratoire une salutaire hyperémie sécrétoire. Il ne faut pas dédaigner plusieurs fois par jour les inhalations de sels volatils anglais, les bains d'air comprimé, qui agissent en décongestionnant mécaniquement les vésicules pulmonaires. Pour prévenir les congestions, M. Peter recommande aussi, sur la partie antérieure du thorax, des frictions avec le baume de Fioravanti.

Quant à l'anémie, il faut la combattre avec les ferrugineux, les lotions simples ou vinaigrées pratiquées sur le corps.

III. A la troisième période, caractérisée par des congestions viscérales multiples, les drastiques et les diurétiques sont indiqués. M. Peter donne de une à trois cuillerées à café, le matin, de l'électuaire suivant prescrit par Cruveilhier :

Poudre de séné.	*aa.*	4 grammes.
— de jalap		
Poudre de scammonée		1 —
Poudre de gomme gutte		30 centigrammes.
Sirop de nerprun.	*aa.*	30 grammes.
Miel		

Quant à la digitale, que l'on donne d'une façon banale, il faut la proscrire quand les contractions du cœur sont faibles, qu'il existe de la cyanose, qu'il y a des congestions viscérales intenses; dans ces cas, le bromure de potassium convient mieux.

Contre l'insomnie, le bromure de potassium seul, ou associé au chloral, peut être très-utile.

IV. Dans la quatrième période, caractérisée par des hydropisies, on doit avoir recours d'une façon prudente aux diurétiques, sudorifiques et purgatifs. Parmi les sudorifiques, proscription absolue des bains de vapeur et emploi de la poudre de Dower à la dose de 0,20 à 0,30 centigr.

Il faut soutenir l'organisme par l'emploi de l'eau-de-vie à la dose de 60 grammes, de vins généreux (Porto, Madère, Xérès). Le café agit très-bien aussi dans ces cas.

Il faut combattre l'anémie par les eaux minérales ferrugineuses : celles de Bussang ou d'Orezza.

On doit proscrire les excès de table, les aliments trop excitants, ordonner une diète sèche, afin que le cœur ait une masse de liquide moindre à mouvoir; par conséquent, peu de soupes et de bouillons, de la viande saignante ou de la viande crue, des œufs, du poisson, etc.

L'hydrothérapie, dont le savant professeur recommande l'emploi, peut être suivie d'excellents résultats dans les affections graves du cœur. Nous en recommandons l'emploi surtout dans les cas où les phénomènes généraux sont accusés; car l'hydrothérapie, employée déjà par L. Fleury, M. Hirtz, de Strasbourg, agit, d'après le docteur Sieffermann (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er nov. 1872), en activant la circulation périphérique et la circulation centrale, « en favorisant l'hématose, les oxydations, la nutrition et la calorification. »

Dr Henri HUCHARD.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

ANALOGIES ENTRE LE CHOLÉRA ET LA PESTE BOVINE, par M. DELCROIX, vétérinaire en 1er de la Garde républicaine. Paris, Asselin, 1872; in-8e de 16 pages.

Quoique déjà ancien d'une année, et quoiqu'il ait paru primitivement dans le *Bulletin de la Société centrale de médecine vétérinaire*, ce travail mérite, vu les circonstances actuelles, d'être rappelé. Le but de M. Delcroix est d'établir que, sous le rapport de la provenance, de la propagation, de l'incubation des symptômes, des lésions, de la marche, de la gravité, de la police sanitaire, etc., il existe entre la peste bovine et le choléra une analogie telle qu'il faut engager les médecins et les vétérinaire à essayer d'appliquer contre l'une de ces deux maladies tout ce qui est avantageux pour combattre l'autre. Pour faire passer sa conviction dans l'esprit de ses lecteurs, M. Delcroix met en face l'un de l'autre la peste bovine et le choléra; il voit les deux fléaux émergeant tous deux du delta du Gange, et il nie que la peste bovine naisse d'emblée, comme on l'a dit, dans les steppes de la Russie; il leur donne le même mode de propagation, la contagion, c'est-à-dire un contact, soit direct, soit par l'intermédiaire d'objet quelconque, ou au moins par un cercle atmosphérique peu étendu. L'incubation, elle est à peu près la même pour les deux maladies, trois jours pour le typhus, vingt jours pour le choléra. Les symptômes, ils ont une ressemblance frappante. M. Delcroix a le soin, dans son mémoire, de mettre en regard les éléments principaux de l'histoire pathologique des deux affections; les termes employés pour l'une peuvent presque s'appliquer intégralement à l'autre. Cela est saisissant. M. Delcroix est partisan des quarantaines, des prohibitions, cela va sans dire, d'après les idées très-nettes qu'il se fait de la peste bovine et du choléra. Il regrette même que les mesures de précaution, si faciles lorsqu'il s'agit des animaux de consommation, deviennent fort difficiles à mettre en pratique lorsqu'il s'agit de l'espèce humaine. On peut bien décréter une prohibition absolue du transport des bœufs par la voie de terre; on ne peut guère, contre le choléra, fermer complétement la frontière aux hommes venant des pays infectés. On pourrait se mettre complétement à l'abri des atteintes des deux maladies, en empêchant toute communication entre les contrées infectées et celles qui ne sont encore que menacées; seulement, cela n'est pas également possible dans les deux cas; les vétérinaires ont sur les médecins l'avantage de la prohibition plus facile. De plus, pour les animaux, lorsque, à la faveur de la période d'incubation, la peste se déclare dans une localité jusque-là préservée, il reste le moyen héroïque de sacrifier tout ce qui a pu être contaminé. Le feu et l'eau bouillante sont d'excellents agents de destruction du contagium.

A notre avis, la pathologie des animaux et celle de l'homme sont deux sœurs dont le bon accord n'a pas été suffisamment mis à contribution par la médecine humaine. Il y a là, ce nous semble, une source d'intéressantes études, de rapprochements curieux et d'applications fort importantes. — A. CH.

DE LA CIRCONCISION. DESCRIPTION D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE, par le docteur ISSA HAMDY. Montpellier; 1873. In-8e; 154 pages.

M. Issa Hamdy était bien placé pour étudier l'opération de la circoncision, étant médecin égyptien, attaché aux fils du Khédive, professeur adjoint de physiologie à l'École du Caire, etc. Aussi son travail est-il complet; les procédés opératoires y sont décrits avec le plus grand soin, et l'auteur, après avoir exposé et discuté ceux de Lisfranc, Ricord, Vidal, Delpech, Culle-

rier, Cusco, Chassaignac, Borelli, Chauvin, Bonnafont, etc., propose le sien. Nous sommes loin des méthodes simples et primitives des juifs et des mahométans. Il faut à M. Issa Hamdy deux pinces de forme différente et un bistouri. Mais la sûreté du résultat en est l'heureuse conséquence; avec cette méthode, plus aucun danger, ni d'entamer le gland, comme cela s'est vu quelquefois, ni de sectionner la peau et la muqueuse sur un niveau différent. Le travail du médecin égyptien est accompagné de quatre très-belles planches lithographiées et est suivi de la bibliographie de la circoncision. — A. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 septembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1872 dans les départements des Côtes-du-Nord, du Cher, de l'Ain, et dans l'arrondissement de Belfort. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Le Noël, accompagnant l'envoi d'un rapport sur les épidémies qui ont régné en 1852 dans l'arrondissement d'Amiens.

(La commission des épidémies ne tient compte que des documents qui lui sont envoyés avant le 31 juillet de chaque année.)

2° Des lettres de MM. Taillandier, avocat à la Cour de Paris; Bonzome, et Renan, ancien sous-préfet, relatives au choléra.

3° Une note de M. le docteur Netter, sur l'appréciation comparative des divers traitements dirigés contre le choléra.

4° Une lettre de M. le docteur Josat, relative à un cas de choléra véritablement foudroyant.

5° Un mémoire de M. le docteur Burcq, ayant pour titre : *Du cuivre contre le choléra.* (Com. du prix Barbier.)

—

M. Delpech présente à l'Académie le tableau de l'épidémie cholérique pendant la semaine qui vient de s'écouler. Voici quelle a été la situation du 9 au 15 septembre (les chiffres du 15 septembre sont encore incomplets) :

	Hôpitaux civils.		Hôp. mil.	Domicile.	Totaux.
	Entrées.	Décès.	Décès.	Décès.	
9 septembre. . .	10	4	1	7 dont 3 choléra nostras,	12
10 —	10	8	1	16 dont 3 —	25
11 —	14	12	1	20 dont 2 —	33
12 —	9	3	0	14	17
13 —	12	7	?	18 dont 1 cholérine,	25
14 —	8	5	?	17 dont 1 choléra nostras,	22
15 —	16	4	?	?	»
Total.	79	29	3	92	134

« Ce tableau témoigne, dit M. Delpech, du peu d'intensité de l'épidémie, si l'on réfléchit que la mortalité totale des six jours complets n'a été que de 134, ce qui donne une moyenne de 22 décès pour une population de deux millions d'habitants, en y comprenant la ville et les hôpitaux civils et militaires.

L'épidémie cholérique actuelle est donc relativement modérée. Elle présente encore d'autres caractères rassurants. Les chiffres des décès des trois dernières journées sont inférieurs à ceux de la journée précédente. Ce chiffre est descendu de 33 (11 septembre) à 17 (12 septembre), 25 (13 septembre), 22 (14 septembre).

Ces oscillations mêmes sont, en général, un symptôme favorable.

Si, au lieu de considérer le total général des décès, on examine ce qui se passe dans les hôpitaux civils, les résultats sont encore plus satisfaisants :

De 12 décès le 11, le chiffre est tombé à 3 le 12; — à 7, le 13; — à 5, le 14; — à 4, le 15.

Les hôpitaux militaires ont annoncé 1 décès le 9, — 1 le 10, — 1 le 11, — 0 le 12. — Les chiffres suivants ne sont pas encore connus.

Si l'on rapproche le chiffre de la mortalité de celui des entrées dans les hôpitaux civils, on

trouve encore des indices qui, sans être complétement favorables, ne sont cependant point fâcheux.

Sur 79 entrées, du 9 au 14 inclusivement, il n'y a que 29 décès. Or, les épidémies cholériques graves, à leur début, donnent rarement une mortalité de moins de moitié.

Si l'on examine, enfin, ce qui s'est passé sur toute la surface de l'Europe depuis plus d'une année, on constate que le choléra a sévi dans les lieux qu'il a occupés avec une intensité beaucoup moindre que dans les précédentes invasions; ce qui, sans permettre d'assimilation absolue, est cependant d'un heureux augure. »

M. J. Guérin dit avoir reçu deux communications relatives au choléra. L'une est du docteur Boggs, ex-chirurgien de l'armée anglaise, qui donne comme l'un des signes les plus caractéristiques du choléra asiatique la présence de l'albumine dans les urines, en dehors, bien entendu, de toute maladie rénale. L'autre est de M. le docteur Morlot, directeur de l'École préparatoire de médecine de Dijon. Cet honorable médecin raconte que, en 1854, ayant été appelé dans un village des environs de Dijon, où existaient plusieurs cas de diarrhée prémonitoire, il organisa, avec le concours du curé, du maire et de l'instituteur, un service de visite domiciliaire. Chaque matin, l'un de ces messieurs faisait une visite dans les maisons du village et notait sur un cahier toutes les personnes indisposées, n'importe à quel degré. M. le docteur Morlot arrivait tous les matins à neuf heures, et on le conduisait près de tous les malades. Il y avait chez les sœurs du village une petite pharmacie contenant les médicaments les plus appropriés aux circonstances. M. le curé avait eu le soin de prévenir du haut de la chaire les habitants du village et de leur faire agréer l'organisation de ce service, qui fonctionna ainsi pendant plus de deux mois.

La liste de M. le curé s'est élevée à 130 malades, dont 128 ont été considérés comme étant sous l'influence épidémique, et, sur ce nombre, un seul cas a été suivi de mort, tandis que, dans les villages voisins, où aucune organisation n'avait été introduite, il y a eu un grand nombre de décès cholériques.

M. Poggiale présente des rapports sur les eaux de Bas (Haute-Loire), de Ramouzens (Gers) et de Balaruc (Hérault). (Com. des eaux minérales.)

M. le docteur Guillery, professeur à la Faculté et chirurgien des hôpitaux de Bruxelles, soumet à l'Académie un nouveau système d'attelles en zinc destinées à rendre plus prompts et plus faciles les secours immédiats à donner aux blessés sur le champ de bataille. (Renvoyé à une commission qui sera nommée ultérieurement.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra. — La parole est à M. Jules Guérin.

L'orateur continue le discours qu'il a commencé dans la dernière séance et par lequel il se propose de démontrer la signification de la diarrhée qui précède les cas particuliers de choléra et de celle qui précède ou accompagne les épidémies de cette maladie.

Suivant M. Jules Guérin, la diarrhée dans ses trois formes : 1° celle qui précède les cas particuliers de choléra ; 2° celle qui précède les épidémies de choléra ; 3° celle qui accompagne les épidémies de choléra, n'est autre chose que le choléra lui-même. Il n'est plus douteux, dit-il, que le choléra est précédé d'une période inoffensive en apparence qui en constitue la période *prémonitoire*, et qu'elle n'est point, comme le prétendent encore certaines personnes, le signe d'une simple prédisposition à la maladie. Cette signification, ce caractère de la diarrhée prodromique ont été acceptés par les meilleurs et les plus savants observateurs, à la tête desquels il faut placer M. Andral.

L'examen du mode d'évolution des maladies virulentes confirme cette manière de voir. Toutes ces maladies présentent cette période inoffensive que M. J. Guérin a reconnue au choléra. Elles préludent à leur développement régulier par une foule de manifestations incomplètes, par des *ébauches*, en quelque sorte, dont on ne peut découvrir la signification par la seule observation des symptômes, mais bien par l'examen de l'ensemble des signes qui se rattachent à l'histoire entière de l'épidémie. Il en est ainsi dans la variole, la scarlatine, la morve, le typhus, etc.

Un fait considérable et décisif à ce point de vue, c'est la production de cas de choléra complet par des cas de cholérine ou même de simple diarrhée prémonitoire. Il existe dans la science de nombreux exemples de choléra confirmé communiqué par des individus qui étaient seulement atteints de cholérine ou de diarrhée prodromique. La diarrhée est contagieuse comme le choléra lui-même, ce qui démontre qu'elle n'est qu'une dépendance du choléra.

Si l'on examine la diarrhée qui accompagne les épidémies, on reconnaît facilement qu'elle n'est, elle aussi, comme celle qui précède les cas particuliers de choléra, qu'une manifestation

de la maladie. Tous les individus atteints ne le sont pas au même degré. Il en est des populations envahies par le choléra comme des animaux malades de la peste :

Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

Il y a un grand nombre d'individus placés sous l'influence d'une épidémie de choléra, qui n'ont que de la diarrhée. On a vu, pendant les épidémies, des localités, des villages, des villes entières sur lesquels l'influence épidémique ne se manifestait que par des flux diarrhéiques, tandis qu'autour d'eux d'autres localités étaient en proie à toute la violence du fléau. Ces circonstances s'expliquent par un défaut de résistance chez les uns, par un privilége d'immunité chez d'autres.

Un autre argument non moins décisif, et qui est de nature à lever toutes les objections que l'on pourrait faire contre l'assimilation de la diarrhée au choléra lui-même, est le suivant : De même que la cholérine engendre le choléra, de même on a vu le choléra engendrer la cholérine ou la diarrhée. Les observations de faits pareils abondent et ne laissent pas la question un instant douteuse.

Enfin la troisième forme de la diarrhée, celle qui précède les épidémies de choléra, n'est pas moins que les deux autres une émanation de la maladie, la maladie elle-même. Dans tous les pays, sinon dans toutes les localités, on a vu l'explosion de l'épidémie cholérique être précédée, pendant un temps plus ou moins long, de flux diarrhéiques, qui annonçaient d'avance l'approche de l'épidémie.

La commission nommée en 1831 par l'Académie de médecine pour aller étudier le choléra en Russie, en Pologne, en Autriche, a constaté que toujours les épidémies avaient été précédées soit par la diarrhée, soit par des cas de choléra dit *sporadique*.

Les mêmes faits ont été observés en France dans les épidémies de 1832, 1849, 1853, 1865 et dans l'épidémie actuelle. Dès 1832, M. J. Guérin posait en principe que ces diarrhées, ces cas de choléra dit sporadique ne sont que les préludes du choléra épidémique, ne sont que le choléra lui-même.

En Angleterre, le rapport du Conseil de santé de Londres ; en France, l'enquête administrative, ont mis en lumière le fait de la précession de la diarrhée et des cas de choléra sporadique comme avant-coureurs des épidémies de choléra.

Aujourd'hui, il n'est pas douteux, suivant M. J. Guérin, que l'effroyable mortalité qui existe à Londres par la diarrhée et ce qu'on appelle le choléra infantile, ne doive être attribuée à l'imminence de l'épidémie de choléra. Il en a été de même en France où, plusieurs mois avant l'explosion de l'épidémie actuelle, on constatait la grande mortalité produite par la diarrhée et le choléra infantile.

M. J. Guérin est convaincu que cette diarrhée des enfants est contagieuse. Dans les familles, quand un enfant est atteint de ce mal, il est rare que d'autres enfants ne le soient pas bientôt à leur tour.

En jetant un coup d'œil d'ensemble sur les trois formes de diarrhée dont il vient de parler, M. J. Guérin ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elles s'éclairent l'une par l'autre et révèlent avec la dernière évidence leur origine et leur caractère épidémiques. Il admet comme une chose démontrée que ces trois formes de la diarrhée cholérique sont des ébauches, des manifestations incomplètes du choléra.

Cette vérité reconnue vient éclairer d'une lumière inattendue les faits que depuis Hippocrate on a l'habitude de décrire sous le nom de *constitutions médicales*. Toute constitution médicale est le produit de deux facteurs : un facteur *atmosphérique* qui recèle un élément morbide particulier, et un facteur *organique* qui reçoit cette graine, ce germe sur lequel il réagit.

Toute maladie épidémique est le résultat d'un travail de fermentation d'où procèdent des germes morbides qui, arrivés à maturité, sont reçus par l'organisme qui s'en imprègne peu à peu jusqu'à ce que la saturation ait lieu. Mais, avant que l'épidémie éclate, il y a des manifestations ébauchées, des cas isolés, dits sporadiques, qui sont les premières efflorescences de la maladie et l'annoncent. C'est ainsi qu'avant les épidémies de choléra on avait constaté des cas de choléra sporadique. M. J. Guérin défie qui que ce soit de lui montrer une seule différence caractéristique entre un cas de choléra sporadique terminé par la mort et un cas de choléra épidémique. Est-ce que toutes les maladies virulentes ne présentent pas des formes particulières d'une bénignité relative, mais qui n'en ont pas moins les caractères essentiels de la maladie? Est-ce que la variole, sporadique ou épidémique, n'est pas toujours la variole, quel que soit le pays où on l'observe, et a-t-on jamais songé à décrire à part une variole de l'Orient et une variole de l'Occident?

Dans une discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine au sujet de la fièvre jaune, M. Jules Guérin établit, contrairement à l'opinion émise par Mélier, qu'il existait des manifes-

tations incomplètes, des ébauches de cette maladie. Il en est ainsi de toutes les affections virulentes. Chaque individu fabrique du virus, devient un foyer d'infection. Il résulte des expériences de M. Davaine qu'il faut bien peu de chose pour contaminer un individu. Chaque individu contaminé devient ensuite un facteur d'épidémie. Chaque foyer partiel d'infection devient un centre de renforcement qui s'ajoute au travail d'élaboration de l'épidémie et le complète.

Cela n'est-il pas rendu évident par ce qui se passe dans une épidémie de fièvre puerpérale? L'épidémie commence par un cas isolé; le mal se propage par contagion d'une malade à l'autre, et au bout de quelque temps cette propagation est devenue telle que toute une maternité est infectée, que toutes les malades y meurent et qu'il faut se résoudre à évacuer les salles.

Voici comment se forment les épidémies : D'une part, il se produit une constitution médicale, une sorte de travail préliminaire de fermentation qui se passe au sein de l'atmosphère et d'où résulte l'élaboration d'un ferment particulier, lequel, reçu dans l'organisme, se multiplie par les masses qui sont des conditions éminemment favorables d'infection.

La doctrine de l'embryogénie du choléra permet de rendre compte de tous les faits en suivant, pour ainsi dire, pas à pas l'évolution de la maladie, depuis ses premiers linéaments jusqu'à sa forme la plus complète; elle conduit à une prophylaxie logique et efficace.

La doctrine de l'importation, au contraire, en prenant la maladie toute faite, ne tient aucun compte de son évolution et de sa genèse; elle la représente comme une espèce de greffe transplantée d'un lieu dans un autre; elle engendre une prophylaxie aussi violente que stérile et inefficace.

La conclusion de tout ce qui précède au point de vue de la prophylaxie du choléra, est qu'il faut instituer partout, à l'exemple de l'Angleterre, des centres d'observation, des comités de visiteurs et d'avertisseurs qui aillent à domicile découvrir le mal dès son origine, pour s'opposer à ses progrès et l'étouffer en quelque sorte dans l'œuf.

De cette manière, il ne sera pas nécessaire de recourir à des mesures vexatoires qui jettent la perturbation la plus violente dans les relations commerciales, et n'ont d'autre résultat que de tarir les sources de la richesse des nations, sans aucune compensation au point de vue de leur sécurité.

L'orateur déclare, en terminant, qu'il attend de pied ferme les objections basées sur des faits que ses contradicteurs voudront bien opposer à la doctrine qu'il vient d'exposer.

M. Fauvel s'est inscrit pour prendre la parole dans la prochaine séance.

M. le docteur Delioux de Savignac lit un note sur une *nouvelle canule pour les injections vaginales.*

— La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE.

Séances du 22 janvier, du 26 février, du 26 mars, du 23 avril et du 25 juin 1873.
Présidence de M. Giraudy.

Sommaire. — Installation du bureau. — De l'emploi chirurgical des caustiques. — Berceau-balance. — Valeur relative du cowpox et du vaccin humain. — Deux cas de mort rapide paraissant dus au croup.

Correspondance : 1° *Bulletin médical du nord de la France*; — 2° *Revue médicale de Toulouse.* — 3° *Mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, premier et deuxième fascicules.

M. Delarue, président sortant, remercie ses collègues, en quittant le fauteuil, pour le concours actif qu'ils lui ont prêté pendant le temps de sa présidence, et rappelle les principaux travaux auxquels la Société s'est livrée dans le cours de l'année 1872.

M. Belhomme signale, dans le Bulletin des travaux de la Société de médecine pratique dont il expose l'analyse, plusieurs observations très-intéressantes relatives à l'ablation des tumeurs au moyen des caustiques.

M. Bourdin expose dans tous ses détails le *modus faciendi* qu'il a adopté et mis en pratique pour l'ablation, au moyen des caustiques, de tumeurs volumineuses. D'abord, le caustique choisi est le caustique de Vienne, dont l'emploi facile et sans danger a généralisé l'usage. Pour délayer la poudre de Vienne, M. Bourdin n'emploie ni l'alcool ni l'éther, mais l'eau-de-vie. La raison de cette préférence est que l'eau-de-vie contenant plus d'eau et s'évaporant moins vite, la pâte caustique garde plus longtemps sa fluidité et son énergie. Sur la tumeur, M. Bourdin fait deux applications préservatrices, une à la base de la tumeur, l'autre à son

centre, de manière à laisser un sillon circulaire destiné à réunir l'action du caustique. Cette préservation se fait facilement avec du diachylon bien préparé. Il applique sur le sillon la pâte de Vienne, et, s'il veut accélérer son action, il la comprime mécaniquement. Au bout d'un quart d'heure d'application, l'eschare est formée. M. Bourdin l'incise jusqu'aux tissus vivants, et dans ce nouveau sillon il replace le caustique, et ainsi de suite jusqu'à la section de la peau et des tissus sous-jacents. Cela fait, à l'aide du doigt ou d'un instrument à tranchant mousse, il énuclée la tumeur et la fait sortir de sa coque. S'il y a écoulement de sang par les artères, il les comprime avec du coton. Les suites de l'opération sont simples et la cicatrice peu étendue.

M. Delarue demande pourquoi M. Bourdin préfère le caustique au bistouri, ce dernier opérant tout aussi vite et donnant des résultats aussi beaux.

M. Bourdin : D'abord, la douleur est moins vive, la frayeur moins grande pour le malade; enfin, la plus importante de toutes les raisons est la rareté extrême d'érysipèle.

M. Richelot rapporte, à l'appui de la thèse soutenue par M. Bourdin, des faits tirés de son expérience personnelle, et des faits, pour ainsi dire historiques, prouvant les uns et les autres combien les chirurgiens sont préoccupés, à juste titre, des dangers consécutifs aux opérations par le bistouri, et combien plus parfaite est l'innocuité des caustiques. M. Richelot a maintes fois appliqué sur de petites loupes le caustique de Vienne à travers un trou percé dans une rondelle de liége; jamais il n'a eu d'accidents. Il n'incise pas l'eschare, mais il attend sa chute, et, sous l'influence de la rétraction cicatricielle, la tumeur se vide d'elle-même. Il rappelle le refus d'opérer qu'opposèrent à sa demande MM. Laugier et Amussat dans une circonstance où il s'agissait d'une jeune fille atteinte de lipome. M. Amussat se décida pourtant, mais avec une répugnance marquée, à faire l'opération, qui, du reste, réussit. Astley Cooper rapporte dans ses ouvrages qu'il était encore aux débuts de sa carrière lorsque le roi d'Angleterre, voulant se faire opérer d'une loupe qu'il avait à la tête, s'adressa à son chirurgien ordinaire. Celui-ci refusa net. Le roi fit venir Cooper, qui consentit à pratiquer l'opération. Le succès couronna, dit-il, son audace; mais ce ne fut pas sans grande appréhension et sans grand souci qu'il se décida à risquer une opération qui pouvait entraîner de fort graves conséquences.

M. Delarue demande à M. Bourdin s'il a toujours évité l'érysipèle en employant le caustique de préférence.

M. Bourdin, sauf dans deux cas, n'a jamais vu le caustique déterminer l'érysipèle. Du reste, ajoute-t-il, l'érysipèle est une maladie générale, dont la plaie n'est que la cause occasionnelle. Ce qui expliquerait sa fréquence plus grande après l'emploi du bistouri, c'est que celui-ci est plus souvent employé que le caustique.

M. Mercier partage les préférences de M. Bourdin pour les caustiques.

M. Reliquet : On doit à M. Philipeaux, de Lyon, et à M. Maisonneuve les premières études sur l'action des caustiques appliqués aux tumeurs volumineuses. Dans l'évolution des kystes sébacés, il faut distinguer plusieurs périodes. Dans la première, le kyste et ses enveloppes sont flexibles et composés de tissus mous se prêtant aisément à l'emploi des caustiques. Il n'en est pas de même dans la seconde période. En effet, le kyste s'est durci peu à peu, et son enveloppe a pris une texture fibreuse, presque cornée, qui ne se rétracte pas et doit être enlevée à l'aide du bistouri. On peut encore employer avec succès, pour les kystes mous, l'injection, au centre de la tumeur, de chlorure de zinc pur. Il se produit alors un travail de rétraction, et la masse s'énuclée d'elle-même. L'action des caustiques est extrêmement variée; elle diffère selon les tissus sur lesquels elle s'exerce. Moindre sur le tissu musculaire et fibreux, elle est, au contraire, très-grande sur le tissu cellulaire et sur les tissus morbides, tels que le tissu cancéreux.

—

M. Groussin présente à la Société un berceau permettant de peser exactement, chaque jour et sans fatigue, un enfant nouveau-né. Ce berceau se compose : 1° du berceau ordinaire; 2° d'une balance, qui, indépendante ordinairement, vient s'adapter facilement au berceau qu'elle est chargée de peser. Le poids est obtenu à un gramme près.

Ce petit appareil est d'un usage commode et doit rendre au médecin d'importants services, puisque le poids, chez l'enfant nouveau-né, est un des premiers éléments de diagnostic entre la santé et la maladie.

M. Groussin présente, en outre, une balance séparée, dont un des plateaux est remplacé par une corbeille d'osier, dans laquelle se place l'enfant à peser. Cette balance est appelée *pèse-bébé*, et peut à la rigueur remplacer le berceau-balance.

—

M. Julliard annonce que M. le docteur Joulin a reçu une certaine quantité de cowpox, et qu'il en met à la disposition des maisons de secours.

M. Groussin dit avoir vacciné avec succès un enfant avec du vaccin pris sur une vache vaccinée ; il ajoute que l'apparition des boutons a été plus tardive qu'avec le vaccin de bras à bras.

M. Chateau combat l'emploi du vaccin de génisse ; il nie l'identité du vaccin pris de bras à bras et du vaccin tiré d'une génisse vaccinée. D'après lui, la moitié des inoculations faites avec le vaccin de génisse ne réussiraient pas, ou tout au moins ne donneraient que de fausses pustules non-préservatrices, et la preuve est que les mêmes personnes vaccinées avec du vaccin d'enfant ont eu de beaux boutons présentant tous les caractères du vrai vaccin.

M. Perrin fait remarquer que, lorsque le vaccin de génisse est pris dans de bonnes conditions, c'est-à-dire au quatrième jour de l'évolution, on obtient des succès égaux à ceux du vaccin humain ; mais pourtant que, si l'on vaccine de nouveau avec le vaccin humain après avoir vacciné avec le vaccin de génisse, on obtient encore des pustules vaccinales.

M. Otterbourg pense que le vaccin humain est le seul bon ; il préfère sa conservation en tubes à sa conservation en plaques ; pour lui, lorsque la vaccination est pratiquée avec soin, son succès est certain.

M. Bourdin a la parole pour la communication suivante :

« Le croup a une marche extrêmement aiguë : on l'a vu emporter des malades en six ou douze heures... » Ainsi s'exprime M. le professeur Grisolle dans son *Traité de Pathologie interne*, tom. 1er, pag. 317. — La plupart des ouvrages modernes qui traitent du croup contiennent la description d'une forme particulière de la maladie, forme caractérisée par une marche rapide, et désignée par l'épithète de *foudroyante*.

Dans le cours d'une pratique qui a déjà dépassé un tiers de siècle, j'avais eu la chance favorable de n'observer qu'une seule fois le croup foudroyant ; mais il m'était réservé de le rencontrer deux fois, le jour et le lendemain, sur deux enfants appartenant à la même famille et vivant dans des conditions analogues.

Une première fois, je fus témoin de cette affreuse maladie ; j'en fus profondément impressionné : d'une part, en raison du phénomène étrange qui se produisait sous mes yeux ; d'autre part, en raison des relations amicales qui m'attachaient à la famille de la malade. Quelques mots suffiront pour résumer l'histoire de cette enfant.

Une petite fille, âgée de vingt et un mois, fut prise de quintes de toux qui, au début, firent penser à une coqueluche commençante. Mais, le lendemain, l'enfant se plaignait du mal de gorge et la toux devenait rauque, gutturale, bruyante ; elle prenait, en un mot, ce caractère particulier que l'on désigne sous le nom de toux *croupale*. La maladie devint rapidement grave. Les quintes devinrent violentes et se multiplièrent. Un commencement d'asphyxie se produisit. A ce moment, les jours de la malade me parurent comptés.

Les symptômes, toutefois, ne tardèrent pas à s'amender. L'amélioration fut même très-rapide et, contre toute espérance, l'enfant parut entrer en convalescence. Du jour au lendemain, elle reprit son appétit et ses jeux, conservant à peine un peu d'aphonie intermittente et, de temps en temps, quelques quintes de toux muqueuse. L'enfant avait retrouvé son sommeil. Elle semblait donc arrivée à une convalescence franche. En apparence, elle jouissait de la santé ordinaire.

Trois ou quatre jours s'étaient passés dans cet état, quand je fus subitement appelé auprès de la malade. Il était six heures de l'après-midi. L'enfant venait d'être prise d'une suffocation extrême : la voix était complétement éteinte, l'agitation était grande et incessante. La gorge ne présentait rien d'anormal ; elle n'était ni rouge ni tapissée de fausses membranes. Néanmoins, en présence de ce retour brusque des accidents, mon inquiétude devint grande. Du consentement des parents, je fis appeler M. le professeur Verneuil, qui put venir dans la soirée.

On pratiqua la trachéotomie. Les organes mis à nu parurent sains et à l'état normal. A notre grande surprise, nous ne trouvâmes ni rougeur insolite ni dépôt de fausses membranes ; en un mot, rien d'anormal. La respiration devint libre pendant une heure ou deux, mais le mieux ne devait pas durer longtemps. L'état asphyxique, caractérisé par la teinte bleuâtre des extrémités, des lèvres et même de la face, se reproduisit avec une intensité croissante ; puis survint une pâleur du visage avec anéantissement général qui dura peu de temps. A deux heures du matin, l'enfant expirait.

Cette terminaison foudroyante, en l'absence de toute fausse membrane dans la gorge et dans la trachée, me fit faire de tristes réflexions. Je pensai que l'amélioration survenue entre la maladie et la crise finale n'avait été qu'un commencement de guérison apparente, la maladie

conservant encore sa malignité. Je pensai qu'il fallait attribuer à l'insuffisance de nos moyens de diagnostic la sécurité dans laquelle nous plongea la suspension temporaire du redoutable symptôme que l'on avait pu observer à l'origine. Je dois cependant reconnaître que la forme intermittente du croup a été depuis longtemps signalée par Jurine, Guersant et par divers observateurs recommandables; mais ils se sont contentés de la faire connaître sans l'expliquer.

Depuis la mort de l'enfant dont il vient d'être question, plusieurs années s'écoulèrent sans que d'autres faits analogues se soient produits sous mes yeux. J'arrive donc, sans autre transition, aux faits dont je dois vous entretenir.

Le mercredi 30 avril 1873, je fus appelé auprès d'un petit garçon, Henri-Ernest Fournier, né le 14 février 1871. Je commence par dire, et j'insiste sur ce point, que la femme Fournier voulait me consulter pour des gourmes, et non pour d'autre maladie. Ce ne fut que d'une manière incidente et comme par hasard que j'appris que le petit malade avait eu récemment quelques quintes de toux. Au moment de mon arrivée, l'enfant était couché dans son berceau et paisiblement endormi. Le corps était dans la position horizontale, la tête légèrement relevée. La respiration était calme et régulière. Le visage avait une teinte rosée. Les traits, réguliers et reposés, ne trahissaient aucune souffrance intérieure. La mère me dit que son enfant avait eu des gourmes à la tête; que ces gourmes avaient disparu, et que cette disparition lui donnait de grandes inquiétudes. Elle ajouta qu'une éruption ressemblant tout à fait aux gourmes de la tête s'était produite entre les deux épaules. Je demandai à constater les faits *de visu*. Le témoignage de la mère était exact. Il existait réellement, au niveau de l'omoplate, une plaque de gourme de la largeur du creux de la main d'un adulte. Les boutons étaient en pleine suppuration; pour ce motif, je rassurai la mère sur les suites probables de la maladie de peau, lui faisant comprendre que la continuation de la suppuration était d'un bon augure pour la santé de son enfant.

Pour arriver à la constatation de ces faits, il avait fallu prendre l'enfant dans son lit et le déshabiller. Dans ces opérations, le petit malade s'éveilla. Il avait la peau bonne, un peu chaude, comme quand on sort du lit. Le pouls battait de 96 à 100 fois à la minute. La face n'était nullement injectée : la respiration était paisible. Aucun signe ne dénotait une altération grave dans les organes de la circulation et de la respiration. Je remarquai cependant que l'enfant toussait un peu. Sa toux était humide, n'ayant nullement le timbre caractéristique du croup. La mère, uniquement préoccupée de l'état des gourmes, me dit, mais sans y attacher une grande importance, que l'enfant semblait avoir quelque difficulté à avaler son lait. Elle ajouta, en réponse à ma demande, que son petit garçon toussait très-peu, et depuis la veille seulement. Dans le doute, et bien que la gorge ne présentât aucun signe de maladie, je conseillai l'administration du chlorate de potasse, à la dose de 2 grammes en dissolution, dans une potion gommeuse. Cette potion devait être administrée, par cuillerée à dessert, d'heure en heure; mais le malade en prit assez peu, parce qu'il passa sa nuit entière dans un bon sommeil. La mère avait reçu de moi l'ordre de ne pas éveiller son enfant.

Le lendemain matin, jeudi 1er mai, le petit malade demanda son lait, constituant le menu ordinaire du premier repas du jour. Il le prit avec facilité et, en apparence, avec plaisir. Peu après, la mère redonna la potion chloratée selon la prescription de la veille. Vers neuf heures du matin, la toux se répéta à courts intervalles, et ne tarda pas à devenir rauque. La raucité persista jusqu'à deux heures de l'après-midi. A ce moment, et à la suite de quintes de toux tenaces, le malade rendit, par le nez et par la bouche, des mucosités glaireuses et sanguinolentes : une fois seulement, il vomit un liquide de couleur chocolat. La mère ne put reconnaître aucune trace d'aliments dans le produit des vomissements.

Vers deux heures et demie, l'enfant ayant le visage très-calme, n'ayant d'ailleurs aucune oppression, demanda à embrasser sa grand'mère. Celle-ci le prit dans ses bras. Tout à coup, le corps de l'enfant devint rigide, puis retomba dans le relâchement. Deux fois encore, le spasme se produisit. Enfin, l'enfant laissa tomber sa tête et ses membres pour la dernière fois : il était mort. Le cadavre ne présenta extérieurement aucune trace d'asphyxie. La peau des extrémités était blanche; celle de la face était pâle. L'une des pommettes était jaune, la seconde légèrement rosée.

Je passe à la seconde observation.

Fournier (Amélie-Augustine), née le 18 avril 1869, par conséquent âgée de 4 ans, vivait sous le même toit et dans les mêmes conditions que Henri-Ernest, son frère. Cette petite fille toussait depuis plusieurs jours. La toux paraissait simple et bénigne, donnait si peu d'inquiétude à la mère, qu'elle m'en parla à peine lorsque, la veille, je vins voir le petit frère. La première partie de la journée du jeudi 1er mai se passa très-bien. A midi, la femme Fournier envoya sa fille acheter du bouillon dans une maison du voisinage. L'enfant, malgré son

jeune âge (4 ans), s'acquitta parfaitement de sa commission. Vers trois heures, elle demanda la permission d'aller faire visite à sa grand'mère. Celle-ci remarqua que sa petite-fille avait une toux rauque singulière. La grand'mère, effrayée, ramena cette dernière chez la jeune mère. On me fit prévenir. Il était cinq heures de l'après-midi.

Je constatai l'existence de la toux croupale. La gorge était animée et comme tapissée de mucosités gluantes. La voix était tantôt claire et nette, tantôt voilée, selon le ton que prenait la malade. La respiration était facile, excepté dans les inspirations profondes. La physionomie était calme et ne trahissait aucune émotion grave. La peau de la face et du cou, ainsi que celle des mains et des avant-bras, avaient conservé leur teinte blanche; la muqueuse labiale était rosée : la langue et la muqueuse gingivale présentaient leur coloration normale. Je prescrivis immédiatement 2 grammes de poudre d'ipécacuanha dans une potion gommeuse, qui fut administrée coup sur coup, mais ne donna *aucun* vomissement. La première potion fut suivie d'une autre potion, additionnée de chlorate de potasse à la dose de 4 grammes.

Je remarquai chez l'enfant, non-seulement une intelligence précoce, mais encore un vif désir de se guérir et une soumission rare aux prescriptions médicales. Je ne pus revoir cette petite malade dans la soirée, parce que je fus appelé sur la ligne du chemin de fer de Paris à Orléans pour donner des soins à l'un de nos employés qui venait d'être blessé. En mon absence, et la situation de la malade réclamant des soins urgents, M. le docteur Vosy eut la complaisance de se transporter auprès de la malade. M. le docteur Vosy m'a communiqué la note suivante, que je transcris littéralement :

« Jeudi, 1er mai, 10 heures du soir. — Décubitus dorsal, avec un certain degré de somnolence. Enfant pâle, bouffie. — Pouls petit, irrégulier, donnant 116 pulsations à la minute. — 26 à 28 respirations par minute. — La luette, les amygdales et le pharynx sont tapissés de fausses membranes blanchâtres, denses et très-adhérentes à la muqueuse. — Tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. — Voix en partie éteinte. Pas d'accès de suffocation. — Sifflement laryngé. Bruit de drapeau flottant, dans le larynx et dans la trachée; retentissement du sifflement laryngé dans toute la poitrine. La malade ayant été réfractaire à l'action de l'ipécacuanha, on ordonne l'usage du sulfate de cuivre à la dose de 0,25 centigrammes dans une potion appropriée... » Je dois ajouter que M. Vosy avait essayé préalablement, non sans imprudence, d'enlever avec son doigt les fausses membranes et les mucosités visqueuses qui tapissaient le fond de la bouche. Cette tentative n'avait donné que des résultats infructueux, bien qu'elle ait été faite dans des conditions favorables, l'enfant mettant la meilleure grâce à laisser faire le chirurgien.

M. Vosy étant parti, on administra la potion au sulfate de cuivre. Aucun vomissement ne se déclara. Il est vrai que la malade n'eut pas le temps de tout prendre : elle était morte à minuit et demi.

Quelques instants avant la mort, la malade avait rendu, par les fosses nasales, une écume blanchâtre, légère. Après la mort, le même écoulement continua. Aux derniers moments de la vie, l'enfant n'eut ni convulsions ni agitation; elle s'éteignit, pour ainsi dire, comme une lampe qui n'a plus d'huile. La respiration était devenue plus tranquille; la toux était de plus en plus rare et de moins en moins forte. Une sorte de somnolence perpétuelle donnait un calme trompeur qui inspirait aux parents une fausse sécurité, et qui était, au contraire, l'un des préludes de la mort.

Le lendemain matin, vendredi 2 mai, je n'eus plus qu'à constater le décès. La maladie n'avait pas duré neuf heures. Le corps était blanc, la figure ne portait pas les traces d'une longue souffrance; aucune partie de la peau n'annonçait, par une teinte bleuâtre, l'existence d'une asphyxie antérieure. Il paraît cependant que la décomposition cadavérique ne tarda pas à se faire. Quand on mit la petite fille dans le cercueil, à côté de son frère, on remarqua des vergetures déjà nombreuses.

En présence de faits aussi peu nombreux, il serait téméraire de tirer des conclusions quelconques vraiment scientifiques. Je me contenterai donc de poser quelques questions que je soumets aux méditations des hommes compétents :

1° En l'état de la science, et d'après les symptômes connus du croup, peut-on distinguer les cas bénins des cas malins ?

2° Observe-t-on des cas de croup caractérisés symptomatologiquement et pourtant ne se reliant à la présence d'aucun produit anormal dans l'appareil respiratoire ?

3° Les symptômes connus sont-ils suffisants pour établir deux espèces de croup : l'un, qui serait caractérisé par la forme asphyxique; l'autre, par l'absence des signes ordinaires de l'asphyxie ?

4° En cas d'affirmative, quelle conclusion pratique pourrait-on tirer de la connaissance certaine des deux espèces de croup ?

M. Ameuille présente les observations suivantes :

Dans le premier cas, il n'y avait rien dans la gorge, l'inspiration était libre : pourquoi la trachéotomie ? Qu'a-t-on trouvé à l'autopsie ?

Dans le deuxième cas, la mort survient brusquement. — Il n'y a rien qui se rattache directement au croup.

M. Bourdin répond que le premier enfant avait la toux croupale; l'asphyxie était imminente, et, quoiqu'il n'existât pas de fausses membranes, en présence du danger, on s'est décidé désespérément; l'autopsie n'a pas été faite; on n'a pu examiner que les voies aériennes après la mort : on n'a rien trouvé. Il y a des auteurs qui ont cité des cas semblables.

M. Perrin pense qu'il est difficile de voir du croup dans les cas cités. Au lieu de se demander s'il y a deux espèces de croup, il est plus important, au point de vue pratique, de rechercher s'il existe des affections aiguës des voies respiratoires similaires du croup; en un mot, d'étudier les maladies qui, symptomatologiquement, en dehors des fausses membranes, peuvent se présenter avec les accidents du croup.

M. de Ranse fait remarquer que, pour ces affections, il ne faut pas employer le mot croup : le croup a des caractères anatomo-pathologiques nettement définis qu'il énumère sommairement; il n'y a pas lieu d'ériger en types les faits rapportés par M. Bourdin, faits qui perdent de leur importance, puisque la nécropsie n'a pas été faite, et que cette nécropsie aurait pu révéler les causes de la mort et de l'asphyxie.

Le Secrétaire annuel, Dr Rougon.

FORMULAIRE

Potion contre la phthisie. — Graves.

Sulfate de quinine.	10 centigrammes.
Acide sulfurique dilué.	3 grammes.
Teinture de jusquiame.	2 —
Sirop de pavots.	15 —
Eau distillée.	90 —

F. s. a. une potion à donner par cuillerées, de deux heures en deux heures, dans les cas de phthisie pulmonaire accompagnée de fièvre. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 18 Septembre 1824.

Georges-Henri Weber, professeur de botanique à l'Université de Kiel, ayant atteint la cinquantième année de son doctorat, ses élèves lui remettent la médaille suivante, qu'ils ont fait frapper à cette occasion :

Médaille, en bronze, de 4 1/7 centimètres.

A. Le buste à gauche, avec cette inscription : GEO. HENR. WEBER. PROF. KIE. NAT. 1752. DOCT. CR. D. SEP. 17. 1774.

R. Une plante qui avait été dédiée à Weber (*Webera corymbosa*), avec cette inscription : MEDICO ET BOTANICO. SUMMO AUDITORES ET AMICI LÆTABUNDI. D. SEPT. 17. 1824.

A. Ch.

Une Conférence privée aura lieu à Vienne, le 6 octobre prochain, dont le sujet est l'hygiène militaire, et les secours volontaires aux malades et aux blessés en temps de guerre. Sur l'invitation des chirurgiens autrichiens, Wittelshofer, Mundy et Billroth, MM. Beck (de Carlsruhe), Esmarck (de Kiel), Langenbeck, Löffler et Virchow (de Berlin), Stromeyer (de Hanovre), Demarquay et Ricord, sont attendus pour y prendre part, ainsi que les Présidents des Sociétés françaises, allemandes et suisses, pour les secours volontaires aux blessés. — Y.

— Nous apprenons la mort du célèbre médecin portugais Oliveira, décédé à Paris à l'âge de 75 ans.

Le docteur Oliveira, qui était l'une des plus hautes sommités médicales de son pays, avait renoncé à la médecine depuis douze ans, et était venu vivre à Paris, chez son gendre. Il laisse plusieurs ouvrages très-estimés. Son corps va être transporté en Portugal.

Société médicale des hôpitaux (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira extraordinairement le vendredi 19 septembre 1873. — *Ordre du jour* : Épidémie cholérique.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CHIMIE ET TOXICOLOGIE

SANG EMPOISONNÉ, ACCIDENTS TRANSMIS AUX ANIMAUX ET A L'HOMME. — DANGER RÉSULTANT DE L'EMPLOI DE CERTAINES MATIÈRES COLORANTES. — LA GOUTTE, LA GRAVELLE ET LES PRÉPARATIONS DE LITHINE.

SANG EMPOISONNÉ, ACCIDENTS TRANSMIS AUX ANIMAUX ET A L'HOMME. — Au moment où l'attention du corps médical est si vivement attirée vers l'étude du sang; quand les micrographes et les physiologistes s'efforcent de découvrir dans ce liquide, les organismes vivants ou les substances chimiques, auxquels on peut rapporter les accidents redoutables qui s'observent parfois chez l'homme, ou qu'on provoque artificiellement chez les animaux, il m'a paru intéressant de rapporter une observation d'empoisonnement du sang, qui a été recueillie en Irlande, et qui a trait tout à la fois à l'homme et aux animaux (1).

Un fermier habitant le sud-est de l'Irlande, dit le docteur Nathaniel Alcock, avait perdu 3 vaches, emportées par une maladie soudaine et inexplicable, et qui se terminait fatalement dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures. Aucune épizootie ne régnait dans le voisinage, et aucun animal étranger à la ferme n'y avait été récemment introduit. Une quatrième vache, qui ne présentait aucun symptôme morbide le vendredi soir, fut atteinte dans la nuit et mourut le lendemain samedi. Un vétérinaire fut appelé, et le fermier, qui était jeune, vigoureux et intelligent, fit sous ses yeux l'ouverture de la bête. Blessé légèrement par une pointe d'os au pouce de la main droite, il ne fit aucune attention à cette égratignure, et continua la dissection. Tous les organes ayant semblé sains, sauf la rate qui était engorgée et hypertrophiée, le vétérinaire déclara que la mort lui paraissait devoir être attribuée à une apoplexie splénique. La rate, qui avait été divisée pour l'examen, fut jetée de côté, mais les morceaux furent bientôt saisis et dévorés par trois animaux : une truie, un terrier et un lévrier.

Le dimanche soir, vers quatre heures, la truie fut trouvée morte, et le terrier succomba pendant la nuit du dimanche au lundi. Quant au fermier, il éprouva le lundi un certain malaise, accompagné de picotements dans la blessure; mardi, douleur dans le pouce, et malaise général plus prononcé; mercredi, fièvre violente et

(1) *Medical Times and Gazette*, 18 janvier 1873.

FEUILLETON

CAUSERIES

Mon cher confrère et ami Chereau,

Vous m'avez pardonné mon indiscrétion.

Malgré vos obligations de praticien répandu et aimé; nonobstant vos travaux si estimés de paléographie médicale et vos recherches d'histoire et de critique; oubliant surtout les soins que vous avez actuellement à donner à la publication de votre *Parnasse médical français*, — publication, j'ai le plaisir de vous le dire après avoir eu le plaisir de le constater dans mon voyage, impatiemment attendue et dont on parle un peu partout, — vous avez eu la bonté de me suppléer, durant mon absence, dans les devoirs très-détaillés et pas toujours agréables, avouez-le, de rédacteur en chef d'un journal à périodicité rapide.

Je vous remercie bien cordialement.

Mon cher confrère et ami Tartivel,

Vous avez eu l'extrême obligeance, et cela en pleine saison du bel établissement hydrothérapique de Bellevue, de me remplacer le mardi aux séances de l'Académie de médecine, et de les apprécier avec ce talent délicat et bienveillant si goûté de nos lecteurs. Vous avez dû voir que la besogne n'est pas absolument facile ni commode; vous vous en êtes si bien acquitté que je vous la céderais volontiers si vous n'étiez retenu par d'autres devoirs; mais, en tout état de choses, je dois affectueusement vous remercier d'avoir si parfaitement rempli la mission confiée à votre bonne amitié.

gonflement considérable de l'avant-bras droit jusqu'au coude. Les ganglions de l'aisselle de ce côté sont le siége d'une vive inflammation, et sur la blessure du pouce, il s'est développé une vésicule remplie de sérum rougeâtre. Deux vésicules semblables existent sur le bras gauche, et une troisième sur la poitrine; le pouls est faible et fréquent, et le malade, dans une anxiété extrême, paraît en proie à un empoisonnement rapide. Les médecins appelés, considérant que tout traitement chirurgical serait inutile, résolurent d'essayer l'effet du sulfate de quinine à haute dose, et firent administrer, toutes les trois heures, 30 centigrammes de sulfate de quinine associé à dix gouttes d'acide chlorhydrique dilué. En même temps, un cataplasme fut appliqué sur le bras enflammé. Le lendemain, à l'heure de la visite, le malade était assis sur son lit, la fièvre s'était apaisée, et les symptômes locaux avaient diminué dans la même proportion; aussi les doses de quinine ne furent-elles plus administrées que de six en six heures. — Le dimanche suivant, quatrième jour du traitement, le fermier se leva, et bientôt après il reprit ses occupations habituelles.

Le lévrier, qui avait seul survécu après avoir mangé de la rate, fut aussi très-malade : on remarqua qu'il portait, sur les flancs et le ventre, de larges taches noires, semblables à des bulles desséchées; mais il finit pourtant par recouvrer la santé. Quant à l'epizootie, elle continua à exercer ses ravages sur le bétail de la ferme, et elle tua en tout dix vaches et deux veaux.

Cette observation est intéressante, en ce qu'elle nous montre une affection contagieuse, transmissible aux animaux par voisinage, et un agent toxique absorbé à la fois par les voies digestives et par inoculation. Elle montre aussi l'efficacité du sulfate de quinine, dans un cas redoutable d'infection purulente, et c'est un enseignement important à retenir, quand on se trouve aux prises avec une sorte d'empoisonnement, contre laquelle on épuise trop souvent en vain toutes les ressources de la thérapeutique.

DANGER RÉSULTANT DE L'EMPLOI DE CERTAINES MATIÈRES COLORANTES. — J'ai déjà montré (1), d'après un rapport de M. Cameron, chimiste à Dublin, comment les confiseurs de cette ville, trop peu préoccupés de la santé de leurs concitoyens, revêtaient leurs bonbons de matières colorantes toxiques. Il paraît qu'en Allemagne les choses ne se passent guère autrement (2). Le docteur Hirt, de Breslau, après

(1) UNION MÉDICALE du 4 juillet 1872.
(2) *British medical Journal*, 8 février 1873.

C'est donc grâce à vous, chers collaborateurs et amis, que j'ai pu aller respirer, pendant quelques jours si rapidement passés, un autre air que celui des bureaux de la rue de la Grange-Batelière, ou de notre imprimerie, ou de l'Académie. Et je vous assure que je m'en suis donné... Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit, et le public n'a que faire de savoir où je suis, d'où je vous écris, et d'où j'adresse à notre cher ami Nicolas, que je ne dois pas oublier dans mes remerciements, ces quelques lignes qu'il va certainement composer sans *coquilles* ni *bourdons*. Et précisément, c'est d'un sujet qui intéresse particulièrement notre cher metteur en pages et tous ses confrères de la typographie parisienne que je voudrais vous entretenir; mais gardez-vous de croire que je veuille faire ici de l'économie politique et sociale; je ne me sens pas de force. Je veux seulement vous dire ce que je viens de voir dans mon petit voyage à travers plusieurs provinces de la France, avertir nos coopérateurs de l'atelier et leur signaler un danger qui menace gravement l'industrie typographique à Paris.

Ce que j'ai vu, le voici : c'est que l'élévation des salaires imposée par les ouvriers aux patrons a produit ce résultat, qu'éditeurs et auteurs font en ce moment et en grand nombre imprimer leurs travaux en province, et même à l'étranger, où ils trouvent des conditions très-sensiblement plus douces. Les imprimeries de Tours, de Poitiers, de Limoges, de Lyon, de Toulouse, de Corbeil, de Saint-Germain, etc., bénéficient aujourd'hui de travaux enlevés aux imprimeries parisiennes. J'ai vu même un très-gros volume de médecine, — car ce sont, il me semble, les ouvrages de médecine surtout qui vont se faire imprimer ailleurs qu'à Paris, — qui sortait tout frais des presses de Gand.

Que les ouvriers aient eu tort ou raison d'exiger l'élévation de leur salaire, je n'en sais rien; que leurs prétentions soient excessives, je l'ignore; toujours est-il que les patrons, obligés de subir ces prétentions, à moins de voir leur maison abandonnée par les ouvriers et mise en

avoir visité des établissements de confiseurs, de fabricants de pain d'épices, de papetiers, de fleuristes et de marchands de jouets, a cru devoir signaler l'usage, de plus en plus répandu dans ces industries diverses, de matières colorantes toxiques, et qui renferment particulièrement de l'arsenic et du plomb. C'est ainsi qu'il a découvert de l'arsenic dans les couleurs qui ornent les bonbons, dans le papier vert qui enveloppe certains articles comestibles, dans celui qui s'étale sur les jouets, et dans celui qui sert à fabriquer les abat-jour. Le même agent toxique a été trouvé dans les couleurs qu'on donne aux enfants. Quant au plomb, il a été découvert également dans les papiers d'enveloppes, dans les couleurs des jouets, dans les pains à cacheter et dans les eaux pour teindre les cheveux. — Parmi les papiers coloriés avec du plomb, il en est un, de couleur rouge brique, qui contient de l'oxyde rouge de plomb, et qui est très-employé pour envelopper des tablettes de chocolat et des bonbons. Le docteur Meusel a trouvé que chaque feuille de ce papier renfermait environ 28 grains de plomb ou 51 grains d'acétate neutre; et, comme cette feuille est suffisante pour envelopper 16 tablettes de chocolat ou 32 à 36 bonbons, il en résulte que l'enveloppe de chaque tablette recèle environ l'équivalent de 3 grains de sucre de Saturne, et l'enveloppe de chaque bonbon la moitié du même corps. Or, il n'est pas nécessaire que les enfants lèchent directement le papier, pour que des symptômes d'empoisonnement se produisent. Le sucre a de la tendance à s'unir avec le plomb, pour former un saccharate soluble, et, comme les boîtes de chocolat et de bonbons sont souvent exposées à l'humidité, il n'est pas douteux que, dans certains cas, leur contenu ne puisse devenir plus ou moins toxique.

En France, malgré tous les efforts de l'administration, des couleurs à base d'arsenic, de plomb, de chrome et de mercure sont encore parfois employées dans la confection des jouets, et il y a là un danger que les médecins ne doivent cesser de signaler.

LA GOUTTE, LA GRAVELLE ET LES PRÉPARATIONS DE LITHINE. — Il y a treize ans que les sels de lithine ont été introduits dans la pratique médicale; et, depuis neuf ans, le carbonate et le citrate de lithine inscrits dans la Pharmacopée britannique, sont devenus des médicaments officinaux. Les médecins français n'y ont pas très-souvent recours, et cependant le docteur Garrod, qui les a étudiés avec le plus grand soin, rapporte des faits intéressants, qui prouvent leur efficacité dans le traitement de la gravelle et de la goutte à ses diverses périodes (1). Cette efficacité est

(1) *Medical Times and Gazette*, 25 janvier, 8 et 22 mars 1873.

---

interdit, sont également obligés d'élever le prix de la main-d'œuvre vis-à-vis de leurs clients qui, eux, ne pourraient être blâmés d'aller chercher ailleurs des prix moins élevés.

Cet état de choses tend à se généraliser ; que les ouvriers y prennent garde. Leurs prétentions ont dû être légitimes en principe, puisque l'enchérissement de toutes choses a dû durement retentir sur les conditions d'existence de la classe ouvrière. Mais il ne faudrait pas déplacer seulement le problème social; si l'ouvrier ne trouvait pas dans son travail un salaire suffisamment rémunérateur, il a eu raison d'en demander l'élévation ; mais si cette élévation est excessive et entraîne pour le patron de tels impédiments que son industrie en soit compromise, évidemment le problème est mal posé, la situation s'aggravera de plus en plus pour arriver au fatal et terrible chômage forcé.

C'est aux ouvriers intelligents et bien intentionnés de la typographie parisienne, si habile et si éclairée, de chercher les moyens de conjurer les dangers qui menacent cette industrie. Si la situation ne change pas, l'imprimerie à Paris en sera bientôt réduite aux travaux courants dits de ville et de conscience et à la composition des journaux. Les grandes publications iront se faire imprimer en province et à l'étranger. Que gagneront les ouvriers à cet état de choses?

Je serais heureux que ces quelques lignes, écrites affectueusement et sans aucune prétention économique et socialiste, attirassent l'attention des braves ouvriers de l'imprimerie Malteste où, depuis vingt-sept ans, et en subissant toutes les augmentations que son digne patron a été forcé de lui imposer, l'UNION MÉDICALE se fait imprimer, ce qui lui donne peut-être quelques droits à la bienveillance de ses coopérateurs de l'atelier.

Que l'on ne me parle plus de ce vieux et impertinent proverbe : « Nul n'est prophète dans

particulièrement due à la solubilité de l'urate de lithine, qui est, en réalité, le seul sel d'acide urique susceptible d'être considéré comme étant soluble à un certain degré, et c'est grâce à cette propriété, que la lithine réussit à entraîner l'acide urique accumulé dans le sang en quantité trop considérable. Si on fait bouillir du carbonate de lithine dans une quantité d'eau insuffisante pour le dissoudre entièrement, et qu'on y ajoute de l'acide urique, on voit le trouble disparaître, ce qui prouve que l'urate de lithine est plus soluble que le carbonate de la même base. Si, d'autre part, on prépare des solutions également concentrées de carbonates de lithine, de soude et de potasse, puis qu'on les maintienne à la température du corps, et qu'on ajoute à chacune d'elles, un fragment de même poids d'un calcul urique, on remarque que ce dernier est rapidement attaqué par la lithine, très-peu et très-lentement par la soude, et que l'action du carbonate de potasse est intermédiaire entre les pouvoirs dissolvants de la lithine et de la soude.

Le carbonate de lithine s'administre ordinairement dans de l'eau chargée d'acide carbonique, qui en dissout 48 parties pour 1000, tandis que l'eau simple en dissout quatre fois moins. Sous cette forme, il jouit de propriétés diurétiques énergiques, et il est appelé à rendre de signalés services dans les diverses formes de gravelle, mais en particulier dans la gravelle urique. Le docteur Garrod cite, à ce propos, l'observation d'un homme de 60 ans, qui avait déjà été opéré de la pierre, et qui presque tous les jours expulsait des graviers d'acide urique. Ce malade prit tous les jours, en deux fois, 60 centigr. de carbonate de lithine dissous dans de l'eau chargée d'acide carbonique, et depuis ce moment, les graviers cessèrent d'être expulsés, l'urine redevint claire, et la santé générale fut améliorée notablement. — Dans la goutte, l'urate de soude existe en excès dans le sang, et c'est ce même sel qui détermine des incrustations dans les cartilages et les ligaments des jointures, ainsi que dans les fibro-cartilages des oreilles. Aussi, M. Garrod n'hésite-t-il point à recommander les préparations de lithine aux goutteux. Un malade qui avait habituellement deux accès de goutte dans l'année, et auquel il les prescrivit, fut tout à fait exempt d'attaques pendant les sept années qu'il passa sous l'influence de cette médication.

La dose de carbonate de lithine le plus ordinairement prescrite varie de 0 gr. 60 à 0 gr. 90 centigrammes; M. Charcot en a donné jusqu'à 2 et 3 grammes par jour, sans provoquer d'autres accidents que de la dyspepsie; cependant, M. Garrod est d'avis que ce sel peut agir sur le système nerveux, et déterminer un léger tremble-

---

son pays. » J'ai été certainement prophète dans mon pays en ce qui concerne les petites voitures des enfants. De ma ville natale, j'ai parcouru les places publiques, les squares, les magnifiques promenades, et cela par un temps splendide et chaud; savez-vous combien de petites voitures d'enfants j'ai rencontrées? Une seule! Et m'étant enquis auprès de ces belles et robustes Languedociennes qui portent sur leurs bras, avec une grâce charmante, ces petits bébés frais et roses, elles m'ont répondu en riant et en nous montrant leurs bras : « Counnessions pas aquo, Moussu, et aquiun nostro bouno boituro » (nous ne connaissons pas cela, Monsieur, et voilà notre bonne voiture).

Mais voilà que je trouve, en arrivant, une lettre fort gracieuse sur le même sujet, et certes on me pardonnera de la reproduire, puisque j'ai reproduit avec scrupule toutes celles qui n'étaient pas favorables à mon opinion :

« Charleroy, le 9 septembre 1873.

« Monsieur le rédacteur en chef,

« Dans votre charmante *Causerie* sur les *petites voitures*, vous avez eu un tort, un seul, mais il est grand : c'est d'avoir poétisé votre sujet. L'image gracieuse de l'oranger portant ses oranges a littéralement donné dans l'œil de vos lecteurs. Ceux qui pensent que les petites voitures sont nuisibles aux enfants se sont élancés vers vous à bras ouverts, ne songeant qu'à ajouter des roses à vos oranges; ceux, au contraire, qui aiment mieux voir ces fruits vermeils, si délicats et si tendres, cahotés dans les paniers que bercés sur l'arbre, se sont vivement rejetés en arrière, et, les yeux fermés pour n'être pas fascinés par votre riant tableau, ils vous accusent d'avoir voulu les séduire par le sentiment. Les uns se sont écriés : « Oh! les vilains véhicules, ne m'en parlez pas! Quand ils font la culbute, les bébés se trouvent par terre, le nez meurtri ou cassé. » Les autres ont énuméré avec complaisance tous les accidents

ment des bras; de sorte que l'attention du praticien doit être éveillée de ce côté. Comme remède interne, on substitue souvent au carbonate, le citrate de lithine, qui agit moins directement sur l'estomac, et dont la dose doit varier de 1 gr. 20 cent. à 1 gr. 80 centigr. par jour.

Les dépôts tophacés atteignent des volumes variables : il en est qui ne sont pas plus gros que des pois, tandis que d'autres arrivent à peser de 30 à 60 grammes. Après avoir séjourné longtemps au milieu des tissus, ils y déterminent souvent de l'inflammation, et de véritables abcès qui contiennent du pus et de l'urate de soude, et dont la cicatrisation est longue à opérer. Dans ce cas, M. Garrod a obtenu de bons effets des applications externes de lithine. On dissout 0,25 centigr. de carbonate de lithine dans 25 grammes d'hydrolat de rose ou de sureau; et, avec cette solution chaude, on imbibe de la charpie, qu'on applique sur la plaie goutteuse, et qu'on recouvre d'un tissu mince de gutta-percha. Deux fois par jour, on mouille la charpie, pour la maintenir dans un degré d'humidité convenable, et on facilite de cette manière la disparition des urates, et par conséquent, la cicatrisation de l'abcès. Ces applications externes ont même été efficaces, dans le cas de tophus recouverts d'une peau saine, quand les dépôts n'étaient pas trop anciens, et que la circulation était suffisamment active dans la peau qui les recouvrait. Dans un cas cité par l'auteur, un tophus du volume d'un petit pois, qui siégeait à l'extrémité de l'un des doigts indicateurs, avait à peu près disparu après deux mois de traitement local, et ne produisait plus aucune gêne. N. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Lorsqu'on entend ou qu'on lit les communications de M. Béchamp à l'Académie, l'univers tout entier apparaît sous une conception nouvelle : il n'y a plus que des microzymas. Tout ce qu'on voit, tout ce qu'on imagine n'est qu'un assemblage, à formes variées, de microzymas. La vie, l'activité cosmique elle-même, ne sont que le travail des microzymas. Le nom, d'ailleurs, est joli et l'on pouvait plus mal choisir. Entre les partisans et les adversaires de l'hétérogénie, M. Béchamp reste calme et désintéressé. Les précautions recommandées pour soustraire les matières en expérience au contact des germes atmosphériques le font sourire; les substances expérimentées et l'atmosphère sont peuplées de microzymas, si elles n'en sont pas complétement composées. Le microzyma étant partout, étant tout, de quoi songe-t-on à se préserver?

---

que la maladresse ou la malice des bonnes d'enfants peuvent occasionner. Généralement, partisans et adversaires des petites voitures ont envisagé la question ou le problème posé dans votre feuilleton d'une manière incidente. Laissons de côté les accidents, les hypothèses, les exceptions, le pied innocent qui s'accroche dans un tablier, et la main malavisée qui chatouille, froisse ou pince le bambin, et allons au fond des choses.

« Quels sont les inconvénients réels, sérieux, qui peuvent résulter du transport des enfants d'un lieu à un autre dans les bras de leur mère ou d'une *bonne*? Ne parlons pas de glissade ni de chute. Le meilleur potage peut devenir funeste si une garde niaise le fait avaler tout bouillant au nourrisson. Il ne s'agit pas ici des accidents possibles ni des maladresses plus ou moins fréquents, mais des inconvénients qui seraient inhérents au fait de porter les enfants sur les bras. Je n'en connais aucun; et jadis, dans une circonstance remarquable que je rapporterai l'un de ces jours, à table chez Lombard, de Liége, en compagnie de plusieurs médecins distingués, j'ai défié Didot, inventeur de la fameuse *didotière*, espèce de panier à bras destiné au transport des bébés, de pouvoir m'en citer un seul qui fût soutenable.

« D'autre part, quels sont les dangers vrais auxquels les petites voitures exposent les jeunes enfants?

« J'ai eu bien des fois l'occasion de les constater en ma qualité d'accoucheur et, par suite, de médecin d'un assez grand nombre de femmes et d'enfants de ma localité.

« Ces véhicules impriment à tout le corps, qui est le plus souvent étendu de son long sur leur fond, des secousses courtes, brusques, même sur un sol en apparence uni, les moindres aspérités d'un trottoir ou d'un macadam ayant une certaine importance en raison du petit rayon des roues. Mais ces secousses deviennent des cahots violents, formidables pour les mioches, quand le terrain est irrégulier. Si la voiture n'a pas de bons ressorts, les saccades

On parle beaucoup de fermentation depuis quelque temps; la fermentation est-elle une transformation particulière des matières albuminoïdes, ainsi que le soutient M. Fremy? Est-elle, au contraire, comme le veut M. Pasteur, le résultat de l'ensemencement des liquides fermentescibles par les germes variés dont l'air qui nous enveloppe est encombré? C'est tout simplement, répond M. Béchamp, une des manifestations de l'énergie microzymatique. Il y a le microzyma qui produit l'alcool, et celui qui donne naissance à l'acide acétique. Il ne paraît même pas prouvé que la créosote et l'acide phénique, qui arrêtent la fermentation, ne soient aussi des microzymas d'un ordre spécial. Pourquoi n'y aurait-il pas des microzymas jouant le rôle de gendarmes, comme il y en a qui représentent les malfaiteurs. M. Béchamp, jusqu'ici, ne nous a point dit où l'on ne trouve pas de microzymas. M'est avis, cependant, que cela aurait été bien plus tôt fait, si toutefois cela est possible.

On se rappelle les variations de M. Donné à propos des altérations qui se passent dans un œuf dont la coquille est intacte. Tantôt cela tient à ce que des organismes se développent spontanément dans l'œuf; tantôt à ce qu'ils y pénètrent à travers la coquille. Que des fermentations s'établissent ou non dans ce milieu, cela ne trouble pas autrement M. Béchamp : « J'affirme, dit-il, qu'il n'y a, normalement, dans le mélange (de l'albumine et du jaune), avant et après la fermentation, que des microzymas. » — « Les microzymas du jaune, ajoute-t-il, sont d'un ordre spécial, sans doute par destination; ce sont eux qui ne permettent pas de dire que l'animal qui se développe dans l'œuf est le produit d'une génération spontanée... » Mais qu'est-ce qui permet de dire que le microzyma n'est pas le produit d'une génération spontanée? A moins qu'il n'existe, en soi, de toute éternité; qu'il ne soit ce qui est.

Que M. Béchamp nous pardonne un peu d'impatience. Nous ne méconnaissons pas ses efforts; nous ne contestons pas ses expériences; nous ne faisons même aucune objection à ses déductions. Mais qu'il nous dise plus nettement à quoi nous devons nous en tenir. Si tout est microzyma, nous en prendrons vite notre parti. Cela nous est, au fond, tout à fait indifférent. Mais comme il est toujours bon de commencer par allumer sa lanterne, qu'il veuille bien nous apprendre d'abord ce qu'est au juste le microzyma. — M. L.

—

M. le docteur Charles Pellarin a lu, dans la dernière séance de l'Académie des sciences (15 septembre 1873), une note intitulée : *Les déjections cholériques, agent de la transmission du choléra; question de priorité.*

L'histoire de la médecine, comme de toute autre science, d'ailleurs, ne pourra jamais se constituer en faisant et maintenant, ainsi que le voudrait la justice distributive, à chacun de ceux qui ont apporté leur pierre à l'édifice, la part qui lui revient légitimement dans l'œuvre, si ce qui avait été signalé, démontré par de précédents observateurs se trouve présenté de nouveau par des observateurs subséquents comme leur propre découverte et non pas seulement comme la simple confirmation de ce qui avait été déjà établi par les premiers.

---

sont courtes et vives; les ressorts sont-ils excellents, ces saccades sont moins brusques, mais se trouvent remplacées par des oscillations quasi-permanentes dans lesquelles un mouvement de lacet est combiné avec le sautillement vertical que produisent les sinuosités du sol. Enfin, plus les roues de ces petits chars sont basses, plus les secousses sont violentes, toutes choses égales d'ailleurs.

« Cela étant, voici ce que j'ai remarqué :

« Les bébés s'endorment vite dans les petites voitures; mais leur sommeil est court, agité, fréquemment interrompu. Après une promenade plus ou moins longue, ils paraissent accablés, anéantis, comme si toutes leurs petites forces musculaires étaient épuisées : ils s'affaissent sur eux-mêmes. Ces effets ne se produisent pas chez les enfants promenés sur les bras d'une femme.

« Beaucoup d'enfants vomissent, dans ces véhicules, soit le contenu du biberon qui leur est donné pendant la promenade, soit l'aliment qu'ils avaient pris auparavant.

« Des indigestions fréquentes, une grande prédisposition aux congestions céphaliques, cause première de bien des convulsions et de leurs conséquences, peuvent être attribuées aux petites voitures. A cet égard, je possède en notes plusieurs observations remarquables où, en l'absence de tout travail de dentition, de diarrhée, d'entérite, de fièvre inflammatoire, j'ai signalé des indigestions fréquentes et des convulsions répétées, avec dépérissement lent consécutif, que je n'ai pu rapporter qu'à l'abus des promenades en voiture et *dont j'ai triomphé en faisant cesser ce mode de transport.*

« Je suis convaincu qu'en cherchant bien et en observant de près, d'autres praticiens feront les mêmes remarques et arriveront aux mêmes conclusions.

Cette remarque m'est suggérée par ce qui se publie depuis quelques semaines sur le rôle des déjections cholériques comme agent de la transmission du choléra.

Ce rôle avait peut-être été soupçonné chez nous dès l'épidémie de choléra de 1832. Mais personne, que je sache, n'avait insisté sur ce point, et n'avait apporté à l'appui de la réalité de cette funeste influence des déjections cholériques autant de faits précis que j'en ai rassemblé dans une série de communications adressées soit à l'Académie des sciences, soit à l'Académie de médecine, pendant les quatre derniers mois de 1849 et à divers reprises dans le cours de l'année 1850.

La première de ces communications se trouve résumée comme il suit au *Compte rendu* de l'Académie des sciences (séance du 24 septembre 1849) :

« M. Pellarin, chirurgien militaire à Givet, communique le résultat des observations qu'il a « faites à Givet sur le choléra-morbus et de ses réflexions relativement au mode de propagation « de cette maladie. Il est porté à croire que les effluves sortant des déjections des premiers « individus atteints ont contribué à faire naître le choléra chez d'autres sujets qui peut-être n'en « eussent pas été atteints s'ils n'avaient pas été soumis à cette cause d'infection. » (*Comptes rendus* de l'Académie, année 1849, deuxième semestre, page 339).

Une autre note de moi se trouve ainsi mentionnée au *Compte rendu* de la séance du 29 octobre 1849 :

« M. Pellarin insiste de nouveau sur l'opinion qu'il regarde comme lui appartenant exclu- « sivement, savoir : que les émanations des fosses d'aisance peuvent donner le choléra et que « les exhalaisons des matières rendues par les cholériques sont l'agent le plus ordinaire de la « transmission de la maladie. » (*Comptes rendus* de l'Académie des sciences, 1849, deuxième semestre, page 483).

La conclusion invariable de mes recherches à ce sujet, renouvelée dans chacune de mes communications, était que les miasmes exhalés des matières rendues par les cholériques sont le plus ordinaire et principal agent de la transmission du choléra. Pour ne citer que deux de ces conclusions insérées dans les *Comptes rendus* officiels de l'Académie des sciences (séance du 10 décembre 1849), on y peut lire, pages 693-694 du recueil pour cette même année, les propositions suivantes :

« Le choléra ne voyage qu'avec et par les individus qui en ont pris le germe.

« L'influence épidémique ne doit s'entendre que de la disposition créée par la présence « d'un certain nombre de malades dont chacun est susceptibte de devenir, pour les per- « sonnes qui l'approchent, un foyer d'infection cholérique, c'est-à-dire un agent de la trans- « mission de la maladie : ce qui constitue la *contagion* proprement dite, de quelque manière « que cette transmission se fasse.

« En temps d'épidémie de choléra, la désinfection des fosses d'aisance et des matières « rejetées par les cholériques, l'enfouissement immédiat de ces matières, si c'est dans les cam-

---

« Je suis donc l'un des adversaires les plus convaincus et les plus acharnés des petites voitures.

« Je conteste à ce moyen de transport le moindre avantage, si ce n'est celui-ci : qu'on peut confier des bébés à des bonnes faibles, jeunes, aussi enfants que eeux qu'elles charrient, au lieu de les mettre dans les bras d'une fille forte, capable de raison et apte à prévoir les dangers.

« En revanche, je lui attribue les inconvénients que je viens de signaler et que le transport à bras n'offre jamais.

« Laissons donc porter aux orangers les oranges, aux rosiers leurs roses, et les enfants à leurs mères.

« Agréez, Monsieur le rédacteur, mes civilités les plus distinguées. BOENS. »

Je dois ajouter que, dans mon excursion, un grand nombre de confrères, et sans provocation de ma part, m'ont assuré que j'avais raison, que j'étais dans le vrai, qu'il fallait continuer cette campagne. Était-ce simplement pour m'être agréable et pour remplir gracieusement les devoirs de l'hospitalité? Peut-être. Dr SIMPLICE.

SOCIÉTÉ DES GROS HOMMES. — En Amérique, il existe une Société de gros hommes.

Elle compte actuellement 143 membres.

Pour y entrer, il faut au moins peser 200 livres.

Dans la dernière réunion des Gros Hommes, on a procédé, le verre en main, à l'élection des principaux dignitaires.

Le président sortant se nomme M. Charles Bradley.

Le nouveau est M. William Briggs ; il pèse 305 livres.

« pagnes, où la plupart des habitations n'ont pas de fosses d'aisance couvertes, voilà l'essen-
« tielle mesure de préservation à mettre en pratique. »

Ces textes on ne peut plus authentiques sont tous à la date de 1849.

Or, il a été lu naguère dans une des séances du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences tenue à Lyon; il vient d'être publié dans plusieurs feuilles, tant de la presse scientifique et médicale que de la presse politique elle-même, un Mémoire d'un médecin de l'armée anglaise de l'Inde, M. H. Blanc, qui, sans aucune mention des travaux antérieurs sur le même sujet, donne comme chose neuve, par conséquent, et qui serait jusque-là inédite, la constatation faite par lui-même, ou par quelques-uns de ses collègues, de la propriété que possèdent les déjections cholériques de transmettre le choléra. D'après ce document, les observations de nos confrères anglais sont à la date des années 1867-1868.

Eh bien, dès le mois de septembre 1849, je rapportais, avec les détails les plus circonstanciés, comme point de départ de l'épidémie de choléra qui venait d'éclater à Givet, une série de cas développés chez les habitants d'une maison dont la cour avait reçu, jetées sur un fumier, les déjections d'un premier cholérique arrivant de Bruxelles où régnait le choléra (1).

La question de priorité me paraît tranchée par les extraits des *Comptes rendus* de l'Académie reproduits plus haut.

On objectera peut-être, contre le bien fondé de ma revendication à l'égard de M. H. Blanc, que j'ai indiqué l'absorption par la voie pulmonaire comme étant le mode d'introduction le plus habituel du miasme cholérique, tandis que le médecin anglais, en professant « que le principe contagieux réside dans les évacuations de l'homme pris du choléra », ajoute : « Cette transmission de la maladie a lieu presque toujours au moyen de l'eau employée en boisson. »

Sans rejeter entièrement ce mode d'intoxication cholérique auquel les expériences de Thiersch et de M. le professeur Robin fournissent un certain appui, je maintiens qu'il est exceptionnel et rare comparativement au mode que j'admets comme le plus général. Quelques-uns des faits allégués par M. Blanc en faveur de son interprétation vont directement contre elle. Tel est, par exemple, le fait emprunté au journal de médecine américain, le *Sanitarian*, et observé à l'hospice de Blackwell-Island en 1866, de 12 blanchisseuses sur 34 qui succombèrent au choléra après avoir lavé des linges souillés; il est clair que ces femmes ne s'avisaient pas de boire l'eau dans laquelle elles lavaient les linges dont il s'agit. C'est donc par une autre voie que l'estomac et les intestins qu'elles avaient absorbé le principe cholérique.

En élevant la présente réclamation, je suis loin d'imputer à nos honorables confrères anglais une intention quelconque de spoliation ou de plagiat. S'ils n'ont pas, comme il eût été juste de le faire, mentionné mes travaux et la conclusion à laquelle j'étais arrivé, que j'avais publiée vingt ans avant eux, c'est sans doute parce qu'ils n'en avaient pas eu connaissance. Raison de plus pour moi de revendiquer devant l'Académie, non-seulement en mon nom, mais au nom de la médecine française, une priorité qui nous appartient à tous deux, quoiqu'elle soit aussi attribuée fréquemment au professeur Pettenkofer, de Munich, qui ne fit ses observations qu'en 1854.

Pour résumer la question, M. H. Blanc professe en 1873 ce que j'exposais dès 1849-1850, en m'appuyant sur des faits nombreux, à savoir, que la transmission du choléra se fait très-communément par l'intermédiaire des déjections cholériques. La seule différence qui existe entre nous gît dans l'explication de la voie par laquelle le principe cholérigène pénètre le plus ordinairement dans l'économie.

J'expliquais, j'explique encore le mode de contagion du choléra de la même façon dont Sanctorius expliquait la contagion de la peste : « Non tactu sed inspiratu aeris pestiferi inficimur..., ab infecto spiritu congelatur sanguis. » (*Aph.* 127.)

Sous un autre rapport, le langage de M. H. Blanc, en 1873, reproduit pour ainsi dire, jusque dans la forme et dans l'expression, celui que je tenais moi-même il y a vingt-quatre ans.

Ainsi, une de mes conclusions, lues dans la séance de l'Académie des sciences du 10 décembre 1849, et rapportées dans les *Comptes rendus* de l'Académie, p. 694, était ainsi conçue :

« Il faut repousser, comme aussi peu fondée qu'effrayante, l'idée de grandes masses, de

(1) Ces faits ont été résumés de nouveau dans une publication intitulée : ***Le choléra ou typhus indien. Épidémie de 1865. Prophylaxie et traitement.*** (J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille; 1866.)

Ils y sont rappelés : p. 17, et dans une note p. 70-71, avec une rectification d'une capitale importance, communiquée à l'Académie des sciences par une lettre insérée aux *Comptes rendus*, séance du 26 mai 1851, p. 805-806.

Cette rectification portait sur le mode d'invasion du choléra dans la garnison de Givet, que j'avais primitivement attribuée à une cause d'infection locale, tandis qu'elle résultait d'une transmission par les premiers cholériques civils. Le premier militaire attaqué et enlevé par le choléra, dans la nuit du 31 août, avait visité, le jour même, la jeune fille Ursule D..., sa prétendue, qui avait présenté le deuxième cas de choléra dans Givet. Cette particularité une fois révélée me fit abandonner aussitôt l'opinion, que j'avais jusque-là soutenue, de la réalité d'une genèse spontanée du choléra épidémique dans nos pays.

« colonnes d'air empoisonné, de *nuages cholériques* qui circuleraient dans l'atmosphère, promenant le fléau indien d'un bout à l'autre du globe, ce qui ne laisserait contre lui aucun moyen de protection. »

Et le mémoire de M. H. Blanc, lu au Congrès de Lyon en 1873, débute par la phrase suivante :

« Le choléra n'est pas une substance insaisissable, mystérieuse, s'élevant dans les airs pour fondre impitoyablement sur quelques points de la terre, guidée et dirigée par la main incertaine des vents. »

Je crois, par ce qui précède, avoir mis l'Académie en mesure de se prononcer en pleine connaissance de cause.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 septembre 1873. — Présidence de M. Lailler, vice-président

SOMMAIRE. — *Note sur l'épidémie actuelle de choléra*, par M. Ernest Besnier. — Discussion sur les *cas de choléra observés dans les hôpitaux et sur les mesures prophylactiques à employer* : MM. Moissenet, Raynaud, Brouardel, Ferrand, Guibout, Martineau, Dumontpallier, Beaumetz, Fournier, Cadet de Gassicourt, Colin, Cornil, Lailler, Luys, Homolle et Delasiauve.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend :

Mouvement médical, nos 32, 33, 35 et 36, 1873. — *Tribune médicale*, nos 260 à 264, 1873. — *Journal d'oculistique*, n° 6, 1873. — *Archives de médecine navale*, août 1873. — *Société médicale de Reims*, 1871. — *Revue médicale de Toulouse*, août 1873. — *Bulletin médical du Nord*, juillet 1873. — *Journal médical de la Mayenne*, août et septembre 1873. — *Gazette médicale de Bordeaux*, nos 16 et 17, 1873. — *Gazette médicale d'Orient*, nos 2, 3 et 4, 1873.

M. Ernest Besnier lit une note sur l'épidémie actuelle de choléra. (Voir l'Union Médicale du 16 septembre 1873.)

M. Moissenet demande si ses collègues ont remarqué, comme lui, que pendant les mois de juillet et août, il y avait eu beaucoup de diarrhées et que, en septembre, ces diarrhées ont diminué de fréquence et d'intensité, à l'époque où on a commencé à parler du choléra. Cette observation, si elle était confirmée, serait importante au point de vue de la question de la diarrhée prémonitoire.

M. Moissenet communique ensuite les résultats de son observation personnelle : contrairement à ce qui s'est passé ailleurs, d'après la statistique de M. Besnier, il a observé surtout des cas peu intenses dans le service dont il est chargé à l'Hôtel-Dieu (service des femmes) : à côté de cas très-graves, il y en aurait donc un certain nombre de légers, curables par les moyens ordinaires et, surtout au début, par les vomitifs. Dans sa clientèle, il a rencontré un cas grave et mortel chez une personne qui revenait de Hambourg et qui avait la diarrhée depuis quinze jours; les membres de la famille de cette personne n'ont présenté aucun accident.

M. Raynaud : A l'hôpital Lariboisière, le choléra a eu jusqu'ici une certaine gravité : sur 17 cas, il y a eu déjà 14 morts; quelques malades, ayant échappé à l'algidité, ont succombé à la période de réaction. Si l'épidémie n'a pas eu une très-grande intensité par le nombre des individus atteints, elle s'est donc, en revanche, montrée très-grave dans les cas observés. En outre, il est un point qu'on a déjà pu établir, comme on l'avait fait dans des épidémies antérieures, c'est qu'il y a des foyers d'infection d'où émanent presque tous les cas : ainsi, à Lariboisière, où il y a déjà eu 5 cas développés dans l'intérieur même de l'hôpital, tous ces cas sont survenus dans la même salle, et il n'y en a pas eu ailleurs.

M. Brouardel a remarqué, comme M. Moissenet, la fréquence des diarrhées en juillet et août; il en a rencontré un très-grand nombre à la consultation du Bureau central; il ne sait pas si ces diarrhées ont diminué en septembre, mais il croit qu'il y en a encore beaucoup chez les enfants. Il signale en outre à la Société que M. Bouley lui avait annoncé que nous aurions le choléra, avant même qu'on eût entendu parler de l'épidémie du Havre; M. Bouley appuyait son opinion sur ce qu'il observait alors un grand nombre de diarrhées cholériques chez les poules, et que déjà, en 1849 et en 1855, il avait vu le choléra chez les poules précéder l'apparition des épidémies.

M. Ferrand : A l'appui de la remarque présentée par M. Moissenet, je dirai que, dans un grand établissement auquel je suis attaché, et qui compte une population de 500 individus, j'ai observé, en juillet, peut-être 300 cas de diarrhée, quelques-uns même très-graves, sans

que cependant il y ait eu de mauvaises suites. Tout était passé depuis plus d'un mois quand le choléra est venu.

M. Guibout : A l'hôpital Saint-Louis, comme à Lariboisière, la statistique est jusqu'ici déplorable. Les premiers cas observés se sont développés dans l'intérieur même de l'hôpital; plusieurs malades ont succombé dans la période de réaction. Depuis vingt-quatre heures, aucun malade n'est entré du dehors, mais il y a eu encore un cas intérieur et le malade est déjà mort. Ce matin, à la consultation si nombreuse de l'hôpital, il n'y a pas eu un seul cas de diarrhée.

M. Martineau : Les diarrhées de juillet et août ne me semblent pas avoir diminué, comme l'a dit M. Moissenet : à la consultation du Bureau central, il y en a actuellement un très-grand nombre, ainsi que des embarras gastriques et des fièvres typhoïdes; les affections catarrhales et typhoïdes sont plus communes maintenant qu'auparavant. Quant au choléra, il n'y en a eu encore à la Pitié que 4 cas, sur lesquels 2 décès.

M. Dumontpallier : A l'hôpital Saint-Antoine, où je suis chargé, avec M. Gombault, du service des cholériques, l'isolement des malades a pu être pratiqué d'une manière très-satisfaisante. Quatre pavillons sont affectés à ce service : deux pour les cas confirmés, deux pour les malades qui sont seulement suspects. Les cas observés jusqu'à ce jour ont été très-graves; il n'y a eu qu'un homme et quatre femmes, qui sont mortes toutes les quatre. Ce matin, il y a eu un cas qui s'est développé dans l'hôpital même chez une femme, à la suite d'une émotion morale : voyant opérer une de ses voisines d'un kyste de l'ovaire, elle fut prise tout à coup de vomissements qui se répétèrent et furent accompagnés d'autres accidents qui nous font craindre le début d'un choléra.

M. Dujardin-Beaumetz : A la Maison municipale de santé, il n'y a pas eu de choléra, mais seulement 1 cas de cholérine chez une dame venant du Havre. A Beaujon, il n'y a eu que 2 cas très-rapidement mortels.

M. Moissenet : On a signalé la fréquence des cas intérieurs dans les hôpitaux; cela m'amène à parler de l'importance des conditions, autres que la contagion, qui peuvent favoriser l'invasion du choléra. Tout à l'heure, M. Dumontpallier rapportait un cas où l'on pouvait invoquer une émotion morale. A l'Hôtel-Dieu, un cas de fièvre typhoïde s'est terminé rapidement par des accidents cholériformes. Voici d'autres faits qui se sont passés dans ma salle de femmes : Un matin, en arrivant, je trouvai une fenêtre qui avait été laissée ouverte pour chasser l'odeur répandue par une malade atteinte de cancer de l'utérus; les trois malades dont les lits se trouvaient près de cette fenêtre étaient littéralement gelées; immédiatement j'employai tous les moyens propres à les réchauffer, et nous pûmes réussir pour deux, mais la troisième est restée algide et est morte; elle avait été purgée pour un embarras gastrique.

M. Fournier : Je voudrais établir deux points qui me paraissent importants. Déjà, dans l'épidémie de 1865, on avait pu remarquer qu'il existait des foyers pour le développement de la maladie : ainsi, à Lariboisière, un assez grand nombre de malades venaient des mêmes maisons, et la même observation paraît déjà avoir été faite dans l'épidémie actuelle.

En second lieu, les mesures préventives employées dans les hôpitaux pour empêcher la propagation de la maladie paraissent insuffisantes, ainsi que le démontre le nombre relativement élevé des cas intérieurs. L'isolement dans des salles spéciales est en partie illusoire : les médecins, les élèves, les sœurs et le personnel vont des services spéciaux aux services communs; y a-t-il mieux à faire? En Allemagne, on a établi des hôpitaux particuliers. Bien entendu, il faut des services spéciaux dans chaque hôpital pour les cas d'urgence et les cas intérieurs; mais n'y aurait-il pas avantage à avoir en même temps des hôpitaux spéciaux ?

M. Raynaud : L'attention, ce semble, devrait être concentrée sur les foyers très-positifs qui existent dans Paris; ceux-ci ne paraissent pas très-nombreux. Il y aurait avantage à provoquer des mesures pour empêcher ces foyers de se répandre au dehors. Ces mesures ne sont applicables qu'au début de l'épidémie.

M. Cadet de Gassicourt : Suivant la remarque que l'on vient de faire, nous avons observé à Saint-Antoine que plusieurs des cas concernaient des individus venant de la même maison.

M. Luys : Tous les cas survenus à la Salpêtrière se sont montrés dans la même division.

M. Delasiauve a soigné, dans la division que vient de signaler M. Luys, un enfant atteint de rougeole et qui a eu des accidents cholériformes qu'on a attribués à son séjour dans cette division.

M. Colin estime que, dans la population militaire, l'épidémie est au moins aussi bénigne, sinon plus bénigne, que dans la population civile; dans les hôpitaux militaires, la mortalité

aurait été extrêmement faible, et depuis plusieurs jours il n'y aurait été reçu que des malades légèrement atteints, ou offrant seulement de la diarrhée.

M. Cornil : La Société ne devrait-elle pas formuler les précautions à prendre pour empêcher le développement des cas intérieurs? Y a-t-il dans les hôpitaux des instructions bien rédigées et qui soient à la hauteur de nos connaissances actuelles?

M. Lailler : Ces instructions existent, elles ont été rédigées en 1865 par une commission médicale et envoyées dans tous les hôpitaux par M. Husson. Il faudrait seulement s'assurer qu'elles sont observées.

M. Cornil : On se contente, dans les hôpitaux, de laver les vases au chlorure de chaux; on ne se préoccupe pas des matières vomies et des déjections; celles-ci devraient être recueillies et enfouies, et non jetées dans les fosses d'aisance. Pour les linges, ne vaudrait-il pas mieux les brûler que de les passer sommairement au chlorure de chaux et de les envoyer à la buanderie? Il faudrait aussi se préoccuper des eaux dont on se sert; ne pas employer les eaux de puits, qui sont souvent altérées par des infiltrations, ni l'eau de Seine, qui prochainement sera altérée par les égouts. Ne pourrait-on employer pour la boisson dans les hôpitaux, comme on le fait chez les particuliers, les eaux minérales naturelles?

M. Cornil appuie la demande qui a été faite d'hôpitaux spéciaux.

M. Moissenet : L'Administration s'est occupée activement des mesures à prendre. Elle fait pratiquer l'isolement dans la mesure du possible.

Pour les moyens de désinfection, ils sont à la disposition des médecins; c'est à nous de les faire appliquer. Il serait bon que, dans chaque hôpital, les médecins se réunissent pour aviser aux moyens spéciaux que comporte chaque établissement et en demander l'application; je suis certain qu'on obtiendra tout ce qu'on voudra.

Quant à la création d'un hôpital spécial, ne s'exposerait-on pas au reproche de créer un foyer de maladie terrible?

On a parlé de circonscrire les petits foyers qui existent dans les maisons particulières; mais par quels procédés pratiques peut-on y arriver? Les Allemands, qu'on a cités, n'ont pu empêcher le choléra d'entrer à Berlin.

M. Brouardel : L'isolement des foyers est-il irréalisable, comme le dit M. Moissenet? On l'a pratiqué à Saint-Pétersbourg et à Naples, on a réussi. A Munich, on a décidé que toute maison où paraîtrait un cholérique serait vidée et les linges brûlés; on a éteint une épidémie en un mois.

Les instructions que l'on suit dans les hôpitaux sont insuffisantes : le chlorure de chaux qu'on emploie pour désinfecter les linges ne suffit pas, et l'eau dont on se sert peut elle-même propager la maladie; il faudrait brûler les linges.

Quant aux objections à faire pour la création d'un hôpital spécial, elles tombent devant ce fait que les foyers restent limités et ne s'étendent pas au loin; ce sont, comme on l'a dit, des foyers de maisons.

M. Fournier : Il faudrait savoir les résultats qu'ont donnés ailleurs les hôpitaux spéciaux; l'Administration est mieux placée que qui que ce soit pour avoir ces renseignements. Ne pourrait-on pas lui demander de les obtenir?

M. Moissenet se charge de prier l'Administration de se procurer les documents relatifs à cette question.

M. Lailler appuie l'idée présentée par M. Moissenet, que les médecins de chaque hôpital se réunissent pour obtenir les mesures qu'ils jugeront utiles dans les établissements auxquels ils sont attachés.

M. Homolle a observé deux cas en ville qui lui ont paru présenter de notables différences avec ceux des épidémies antérieures; la contagion ne lui paraît pas prouvée, et les foyers dont on parle ne la démontrent pas.

— La Société décide qu'elle se réunira, vendredi 19, en séance extraordinaire, pour délibérer sur le même sujet.

Le Secrétaire : Ch. Fernet.

THÉRAPEUTIQUE

AFFECTIONS CUTANÉES.

Toutes les fois, dit le docteur Rémy, que, dans le traitement soit d'un eczéma, soit d'une affection cutanée à forme sèche, nous avons eu recours à l'application d'une glycérine neutre, seule, ou médicamenteuse comme la *Pommade à la glycérine du docteur Bernard,*

nous avons vu se manifester promptement un effet sédatif, puis une modification très-caractérisée des cellules épithéliales, qui ramenait peu à peu le tissu malade à son état normal.

Préparée avec des glycérines chimiquement pures, dépourvue de cette action irritante propre à certaines glycérines du commerce, la *Pommade Bernard* exerce toujours une action salutaire sur les surfaces cutanées malades.

FORMULAIRE

Gargarisme antiseptique.

Décoction de quinquina.	120	grammes.
Teinture de myrrhe.	6	—
Sirop de mûres	30	—

Mêlez. — Ce gargarisme est conseillé contre la stomatite ulcéreuse accompagnée de fétidité de l'haleine. On prescrira au malade de sucer des tablettes de chlorate de potasse. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 20 Septembre 1669.

Mort, à Chaillot, de Henriette, reine d'Angleterre, fille de Henri IV et femme de Charles Ier. Vallot, qui l'avait soignée, reçut en pleine poitrine la pièce suivante :

Le croirez-vous, race future,
Que la fille du grand Henri
Eut, en mourant, même aventure
Que son père et que son mari ?
Tous trois sont morts par assassin,
Ravaillac, Cromwell, médecin :
Henri, d'un coup de baïonnette,
Charles finit sur le billot,
Et maintenant meurt Henriette
Par l'ignorance de Vallot. — A. Ch.

— D'après le *Journal de Rouen*, la santé publique continue de s'améliorer dans cette ville. Les décès cholériques ont diminué d'un tiers sur la semaine précédente : ils se répartissent ainsi, du 6 au 13 de ce mois : en ville, 16 ; à l'Hospice-Général, 17 ; à l'Hôtel-Dieu, 9 ; en tout 42.

Il y a huit jours, pour un même espace de temps, il y avait eu 65 décès.

— La fièvre jaune fait les plus grands ravages aux États-Unis. Une dépêche de New-York nous apprend que, le 15 septembre, 600 cas de fièvre jaune ont été constatés à Shreveport ; la mortalité est effrayante.

— Un congrès des Sociétés protectrices de l'enfance s'ouvrira le 8 octobre, à Paris, dans la salle des séances de l'Académie de médecine, rue des Saints-Pères, n° 49.

Voici le programme arrêté par la Société protectrice de Paris :

Première question. — Examiner les diverses propositions relatives à la protection de l'enfance et arrêter, au nom de toutes les Sociétés protectrices de France, un projet de loi à soumettre à l'Assemblée nationale.

Deuxième question. — Quel doit être le rôle des Sociétés protectrices de l'enfance ?

Troisième question. — Quels sont les moyens pratiques d'arriver le plus promptement possible à la propagation des Sociétés protectrices en France ?

Quatrième question. — Des moyens de généraliser l'institution des crèches.

Comparer les avantages et les inconvénients des crèches-asiles et des crèches à domicile.

La première séance aura lieu le 8 octobre, à deux heures précises.

Des cartes d'entrée seront tenues à la disposition des membres de la Société protectrice de l'enfance, à partir du 1er octobre, au bureau, *rue Magnan*, 5, où on pourra les retirer.

— M. le docteur Ball, suppléant de M. le professeur Béhier, fera mardi et jeudi prochains (23 et 25 septembre), à l'Hôtel-Dieu, deux leçons sur le choléra.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES

1866 — 1873

Deuxième note, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 19 septembre 1873,

Par M. Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Messieurs,

L'épidémie cholérique poursuit son cours sans dépasser, jusqu'ici, les limites dans lesquelles on a généralement supposé, dès le début, qu'elle resterait enfermée, c'est-à-dire que son extension n'a pas été considérable, et que, relativement à la population, le nombre des victimes est resté très-peu élevé. Pour le moment, il nous semble prudent de se borner à cette constatation, sans se hâter de qualifier cette épidémie et de préjuger l'avenir; d'une part, en effet, nous ne saurions consentir à appeler, ainsi qu'on l'a fait, *bénigne* une épidémie aussi meurtrière que celle que nous observons, et, d'autre part, il reste encore tant d'obscurité sur un si grand nombre de points de la question, qu'il faut se résigner à laisser une grande place à l'imprévu.

Depuis notre dernière séance, je n'ai pas cessé d'étudier la marche de l'épidémie, et j'ai pu, grâce à l'obligeant concours que j'ai *presque* partout rencontré, grâce à l'empressement avec lequel quelques-uns de nos savants collègues des hôpitaux militaires et des départements ont bien voulu répondre à mon appel, réunir des documents pleins d'intérêt.

I

HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS.

Le choléra, qui existait le 29 août à l'hôpital Saint-Louis, a été signalé le 4 septembre à la Charité, à l'Hôtel-Dieu; le 5 à la Pitié, Lariboisière, la Salpêtrière; le 6 à Beaujon; le 7 à Necker; et, depuis, le 13 à la Maison municipale de santé; le 16, aux Enfants-Malades. Les établissements qui restent encore indemnes sont : Cochin, le Midi, Lourcine, Sainte-Eugénie, les Cliniques, la Maison d'accouchements, Sainte-Anne, Vaucluse, Ville-Évrard, les Enfants-Assistés, Bicêtre, les Ménages, La Rochefoucauld, Sainte-Périne, Boulard, Devillas, Chardon-Lagache.

A la date de ma dernière note (11 septembre), on comptait dans les hôpitaux civils de Paris, depuis le 4 septembre, 81 cas de choléra ayant donné lieu à 49 décès, 3 malades étant sortis et 29 restant en traitement.

Dans le septénaire qui vient de s'écouler (du 11 au 18), nous comptons pour les mêmes établissements : 86 cas de choléra, 48 décès, 3 sorties et 64 malades restant en traitement, c'est-à-dire que la marche de l'épidémie est restée uniforme, et la mortalité à peu près égale, si l'on tient compte des malades restant en traitement et qui, hélas! fourniront encore un nombre considérable de décès.

En récapitulant ces deux septénaires, du 4 septembre au 18 inclusivement, nous arrivons, pour les hôpitaux civils, aux chiffres suivants :

167 cholériques, — 97 décès, — 6 sorties, — 64 malades restant en traitement.

Veut-on avoir maintenant le bilan de l'épidémie pour la journée d'hier, 18, jusqu'à minuit? le voici :

Il a été amené hier jeudi, 18 septembre, dans les hôpitaux, 8 cholériques du dehors, et il s'est développé 7 cas intérieurs; aucun malade n'est sorti; 14 ont succombé.

Voici, dans les deux tableaux suivants, les éléments de cette statistique, que nous pouvons vous communiquer aussi rapidement, grâce au précieux et bienveillant concours de M. le Directeur général de l'Assistance publique et du personnel de la statistique médicale :

État, par établissement, des malades cholériques admis, entrés et décédés dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, du 4 au 18 septembre 1873.

	Admissions				Total des sorties		
	de l'ext.	de l'int.	Total.	Sorties.	Décès.	et des décès.	Restant au soir.
Hôtel-Dieu	24	15	39	1	21	22	17
Pitié	3	2	5	»	3	3	2
Charité	9	8	17	»	11	11	6
Saint-Antoine	10	»	10	2	4	6	4
Necker	8	1	9	»	6	6	3
Beaujon	13	7	20	»	11	11	9
Lariboisière	29	16	45	2	27	29	16
Saint-Louis	5	10	15	1	10	11	4
Enfants-Malades	2	»	2	»	1	1	1
Maison de santé	3	»	3	»	1	1	2
Vieillesse (femmes)	2	»	2	»	2	2	»
Totaux	108	59	167	6	97	103	64

État, par établissement, des malades cholériques admis, entrés et décédés dans les hôpitaux et hospices pendant la journée du 18 septembre 1873.

	Existant au matin.	Admissions			Total des sorties			
		de l'int.	de l'ext.	Total.	Sorties.	Décès.	et des décès.	Restant au soir.
Hôtel-Dieu	19	»	2	21	»	4	4	17
Pitié	2	»	»	2	»	»	»	2
Charité	4	1	2	7	»	1	1	6
Saint-Antoine	4	»	»	4	»	»	»	4
Necker	3	»	»	3	»	»	»	3
Beaujon	10	1	»	11	»	2	2	9
Lariboisière	15	4	3	22	»	6	6	16
Saint-Louis	4	»	»	4	»	»	»	4
Enfants-Malades	1	1	»	2	»	1	1	1
Maison de santé	1	1	»	2	»	»	»	2
Totaux	63	8	7	78	»	14	14	64

Existant le 4 septembre au matin		»
Entrées jusqu'au 18 au soir		167
Total des malades traités		167
Sorties	6	103
Décès	97	
Restant en traitement		64

II

LE CHOLÉRA A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Le nombre des cas de choléra traités à l'hôpital Saint-Louis, depuis le début de l'épidémie jusqu'à ce jour, est peu considérable (18 cas); mais les particularités observées sont très-remarquables, et j'en ai indiqué quelques-unes dans les deux tableaux suivants, dont il sera aisé de comprendre l'intérêt. On y remarquera, tout d'abord, que l'épidémie a DÉBUTÉ dans l'hôpital par des cas INTÉRIEURS : la première atteinte a porté, en effet, sur une femme entrée le 28 juillet dans mon service, salle Saint-Thomas, rez-de-chaussée à gauche, près la porte d'entrée de l'hôpital; cette femme, atteinte d'un eczéma localisé de peu de gravité, présenta les premiers accidents le 29 août et succomba le 5 septembre (1). Le deuxième cas fut

(1) Cette femme, enlevée de l'hôpital par son mari, agonisante, a succombé chez elle

ÉPIDÉMIE DE 1873. — **Tableau du Choléra à l'hôpital Saint-Louis.** — N° 1. CAS INTÉRIEURS.

N°s D'ORDRE	Noms DES MALADES	Sexe H.	Sexe F.	AGE	Profession	Domicile Rue	Domicile Arrond	Nom DE LA SALLE	N°s	Maladie A L'ENTRÉE	Dates de l'entrée.	Dates de l'invas.	Dates de la sortie.	Dates du décès.
													(1)	(2)
1	Brener, v^e Bayssac.		1	54	F^me de ménage.	Faubourg du Temple, 58.	XIe	St-Thomas..	47	Ecz. du cou-de-pied.	28 juil.	29 août.	4 sept.	5 sept.
2	Lebon, v^e Tareau.		1	39	Couturière.	du Théâtre, 133.	XVIIIe	Ste-Marthe..	74	Affection utérine.	2 août.	30 août.		30 août.
3	Pellé.	1		33	H. de peine.	d'Allemagne, 64.	XIXe	St-Augustin.	6	Affect. chirurgicale.	12 août.	4 sept.		5 sept.
4	Nitot.	1		37	Palefrenier.	boulevard de Reuilly, 18.	XIIe	St-Augustin.	81	Phleg. du bras droit (conval.).	26 août.	4 sept.		5 sept.
5	Carillet.		1	26	Couturière.	Saint-Maur, 216.	X^e	St-Ferdinand	7	Fausse couche.	29 août.	5 sept.		(3)
6	Michel.	1		23	Garçon de café.	Paradis-Poissonnière, 10.	X^e	St-Augustin.	74	Plaie du bras.	2 sept.	5 sept.		(4)
7	Fèvre, v^e Montch.		1	52	Couturière.	Nouvelle-Orléans.		Ste-Marie...	9	Lèpre tub. vraie.	6 juin.	5 sept.		5 sept.
8	Larcher.	1		75	Cordonnier.	La Tour-d'Auvergne, 17.	IXe	St-Louis....	41	Eczéma généralisé.	17 mai.	6 sept.		6 sept.
9	Mancelle.	1		18	Emballeur.	Cour des Petites-Ecuries, 1.	X^e	St-Mathieu..	43	Syphilis.	7 août.	6 sept.		7 sept.
10	Rosiez.	1		23	Cartonnier.	boul. de La Villette, 140.	X^e	St-Charles..	48	Affection cutanée.	18 juil.	8 sept.		10 sept.
11	Noyal.	1		46	H. de peine.	Martin, 1.	XVIIIe	St-Augustin.	24	Affect. chirurgicale.	3 sept.	8 sept.		8 sept.
12	Van Derstraëten.	1		57	Emp. de messag.	Ottenin (Belgique).		Pav.-Gabrielle	18	Eczéma, paraplégie.	26 août.	11 sept.		11 sept.
														(5)

OBSERVATIONS. — (1-2) Malade décédée à domicile le lendemain de sa sortie de l'hôpital. — (3-4) Convalescents. — (5) Arrivant de Belgique.

ÉPIDÉMIE DE 1873. — **Tableau du Choléra à l'hôpital Saint-Louis.** — N° 2. CAS EXTÉRIEURS.

														(1)
1	Vincent.	1		33	Garçon de Café.	Récollets, 11 *bis*.	X^e	St-Léon.....	22		4 sept.			5 sept.
2	Sterm.		1	28	Domestique.	Lancry, 34.	X^e	Henri IV....	72		9 sept.			10 sept.
3	Gros.	1		19	Fleuriste.	passage Joinville, 14.	X^e	St-Charles..	56		10 sept.			10 sept.
4	Démet.		1	33	F^me de Ménage.	cité Popincourt, 6.	XIe	Ste-Foy.....	20		10 sept.		(2)	
5	Contin.		1	19	Domestique.	boulevard Voltaire, 26.	XIe	St-Jean.....	13		10 sept.		1	
6	Dujardin.		1	57	Journalière.	Bichat, 46.	X^e	Ste-Foy.....	29		15 sept.		(3)	

OBSERVATIONS. — (1) Diarrhée depuis deux jours. — (2) Convalescente, en voie de guérison. — (3) État grave; en danger.

page 463 sur 1028

constaté, le lendemain, au nº 74 de la salle Sainte-Marthe (l'étage au-dessus), sur une femme qui était à l'hôpital depuis le 2 du mois d'août, et il fut mortel le jour même. Jusqu'au 4 septembre, rien de nouveau; mais, ce jour-là, deux hommes, couchés aux nos 6 et 81 de la salle Saint-Augustin, sont atteints, et ils meurent tous deux le lendemain; le même jour, 4 septembre, le premier cas de choléra du dehors apparaît; il est placé au nº 22 (Saint-Léon), dans ma salle d'hommes; c'était un jeune garçon de café, diarrhéique depuis deux jours, cholérique confirmé du 4 septembre, et qui était mort dans la nuit du 4 au 5. Or, de même que dans ma salle de femmes et dans la salle Sainte-Marthe, bien que ces cas si rapidement funestes aient semé la terreur dans les lits voisins, aucun cas nouveau ne s'est développé depuis.

Je reviendrai plus tard sur tous ces points que le temps ne me permet pas de développer aujourd'hui. Je veux ajouter seulement qu'il y a lieu de remarquer que, sur les 18 cholériques de l'hôpital Saint-Louis, 6 seulement ont été amenés du dehors et 12 se sont développés à l'intérieur.

Sur ces 18 malades, il y a 10 hommes et 8 femmes. Les 12 cas intérieurs, bien que traités énergiquement DÈS LE DÉBUT, ont fourni 10 décès. Les 6 cas du dehors ont donné lieu à 3, et donneront probablement lieu à 4 décès.

III

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le premier cas de choléra observé à l'hôpital de la Charité a eu lieu le 4 septembre, dans la salle Saint-Joseph (service de M. Bernutz, remplacé par M. Audhoui), au nº 19, chez une femme traitée pour une pneumonie, et qui avait eu la diarrhée pendant sa convalescence. Il n'y avait pas encore eu de cholériques venus du dehors. Cette femme est morte le lendemain 5 septembre.

Sa voisine, couchée au nº 22, convalescente d'un rhumatisme subaigu, a été prise de choléra le 5, et elle est morte le 8. Elle avait eu aussi de la diarrhée.

Enfin, la malade couchée au nº 21, convalescente d'un érysipèle, a été prise de diarrhée le 5, et de choléra avec selles riziformes et crampes le 6. Cette dernière a guéri.

Il y a eu un autre petit foyer dans la salle d'accouchements de M. Bourdon (salle Saint-Basile). Le 5, une nouvelle accouchée a été prise des symptômes du choléra et elle est morte le 8 au matin. Sa voisine d'en face a été aussi prise de diarrhée cholériforme.

Note communiquée par M. Cornil, d'après les observations de MM. Guyard et Chouppe, internes.

M. Audhoui, chargé du service de M. Bernutz, donnera une note complète à la fin du mois.

IV

HÔTEL-DIEU.

Tableau des cholériques (hommes) entrés à l'Hôtel-Dieu depuis le début de l'épidémie (6 septembre) jusqu'au 19 septembre à midi :

14 malades . . .	Morts	7
	Guéris.	2
	En traitement. . . .	5
		14

La plupart de ces malades étaient atteints de formes graves; plusieurs ont succombé pendant la période algide ou avec une réaction incomplète, parfois en moins d'un jour, et l'un d'eux, entré dans la soirée, est mort la nuit même.

le lendemain. Les cas analogues ne sont pas rares, et, si on ne prend pas le soin de les signaler, ils altèrent singulièrement les statistiques hospitalières non moins que celles de la ville. En effet, tous les malades SORTIS des hôpitaux sont considérés comme guéris, et tous décès survenus *à domicile* sont comptés comme malades de la ville. Cela prouve une fois de plus que le temps des *statistiques brutes* devrait être passé.

Sur ce nombre de 14 malades, on compte 3 cas intérieurs : les affections qui avaient nécessité l'admission étaient la phthisie, le cancer gastrique, la scrofule. Un des malades reçus directement dans la salle des cholériques était phthisique; un autre souffrait de la misère depuis plus d'un mois.

V

LE CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES.

HÔPITAL MILITAIRE SAINT-MARTIN. — Note sur l'épidémie cholérique observée dans cet hôpital, communiquée par M. le docteur Cabrol, médecin en chef, et M. le docteur Lagarde, chargé du service spécial des cholériques :

« Le premier malade contaminé appartenait au 87e de ligne, caserné à La Villette, et nous a été envoyé le 6 septembre, à deux heures du matin. Cet homme, encore robuste, mais fatigué par des excès alcooliques répétés, a présenté, dès le début, les symptômes graves du choléra asiatique confirmé (algidité, aphonie, cyanose, crampes, vomissements, anurie, diarrhée; ce dernier symptôme existait depuis quarante-huit heures); le malade a succombé quarante-sept heures après son entrée à l'hôpital et quatre-vingt-quinze heures après la manifestation des premiers accidents.

Ce même jour, à dix heures du matin, est entré un second malade, moins gravement atteint, venant de la même caserne, et qui a présenté tous les symptômes du choléra épidémique confirmé.

Le 7, 1 entrant de la garde républicaine (2e légion), caserne du Château-d'Eau : symptômes graves du choléra asiatique confirmé.

Le 8, pas d'entrants.

Le 9, 2 malades légèrement atteints (cyanose de la face, aphonie légère, crampes aux extrémités inférieures, vomissements, diarrhée, anurie, refroidissement des extrémités supérieures et inférieures seulement; pouls faible et dépressible).

Le 10, 2 cas, dont 1 mortel quatorze heures après son entrée à l'hôpital. Cet homme appartenait aux sapeurs-pompiers, était caserné rue Blanche, et avait monté, la veille, la garde à l'entrepôt des vins, où, nous a-t-il assuré, il n'avait commis aucun excès.

Chez ce malade, la diarrhée prémonitoire n'avait devancé les symptômes pathognomoniques du choléra confirmé que de cinq heures.

Le 11, 2 cas de moyenne gravité.

Le 12 et le 13, pas d'entrants.

Le 14, 2 cas, dont 1 grave et 1 de moyenne gravité.

Le 15, 2 cas de moyenne gravité.

Le 16, 1 cas do do

Le 17, 1 cas do do

Chez tous, la diarrhée prémonitoire a devancé les accidents pathognomoniques du choléra : chez 1, de cinq heures (mort quatorze heures après son entrée); — chez 1, de huit heures (mort quarante-sept heures après son entrée); — chez 2, de deux jours (dont 1 mort quarante et une heures après son entrée); — chez 3, de trois jours; — chez 3, de quatre jours; — chez 3, de huit jours; — chez 1, de dix jours; — chez 1, de quinze jours.

Les 2 premiers hommes atteints l'ont été aux bastions 26 et 27, casernes très-voisines des *abattoirs* de La Villette : de ces 2 malades très-gravement atteints, il en est mort 1. — Le garde républicain, entré le 7 et mort le 9, avait monté la garde, la veille de son entrée, au poste de ces *abattoirs*. — Le garde républicain entré le 17 avait aussi monté la garde au *même poste* le 5 septembre, et ce malade fait remonter tous ses accidents à cette date.

A Saint-Martin, tous les malades ont été placés dans un pavillon situé entre deux jardins dont les salles, très-hautes, nouvellement grattées et repeintes, sont pourvues d'ouvertures opposées qui permettent une large et facile ventilation.

Des terrines remplies de chlorure de chaux, des vases contenant de l'acide phé-

nique étendu et des piles Bunsen à l'acide nitrique et sulfurique au dixième, espacées dans la salle, sont destinées à décomposer les matières nuisibles et à assainir l'atmosphère des salles.

Une solution d'*azotate de zinc* est employée au lavage constant des vases qui reçoivent les déjections des malades.

Une salle spéciale, dite des convalescents, placée à une grande distance de celle des cholériques, et réunissant toutes les conditions hygiéniques désirables, est destinée à recevoir tous les malades dont les symptômes cholériques ont disparu; ils y sont soumis à un régime spécial dont la viande rôtie et les vins généreux forment la base.

Le *traitement* employé à Saint-Martin se compose : 1° Pour les cas graves : du massage, de frictions faites à l'aide de gants en crin et en feutre épais, de l'enveloppement complet du malade avec des couvertures et des chemises de flanelle très-chaudes, de sinapismes entourant toute la base du thorax au niveau des attaches du diaphragme et du creux épigastrique, de tisanes excitantes chaudes additionnées de rhum, de café noir alcoolisé, de glace en cas de vomissements répétés et de vins généreux (Bagnols, Zuccho, Porto). L'infusion de sureau chaude et l'acétate d'ammoniaque ne sont prescrits qu'en cas d'insuffisance ou d'absence de diaphorèse. — 2° Dans les cas de moyenne gravité : de frictions au vinaigre rubéfiant, de chemises de flanelle et de couvertures de laine chaudes, de boissons chaudes et excitantes, de café noir alcoolisé, et en cas d'embarras gastrique manifeste et de vomissements bilieux, d'ipéca aux doses de 1 à 2 grammes; si la diarrhée persiste après le retour de la chaleur, de la miction et de la transpiration, elle est avantageusement combattue par des doses fractionnées de bismuth opiacé, dont la quantité varie dans les vingt-quatre heures de 20 à 30 grammes. »

HOPITAL MILITAIRE DE VINCENNES. — Renseignements communiqués par M. le docteur Fleschut, médecin principal de 1re classe :

L'hôpital militaire de Vincennes a reçu un très-grand nombre d'hommes atteints de *diarrhée* et de *dysenterie;* mais il n'a été amené qu'un seul cholérique venant de la caserne de Reuilly, dont les conditions hygiéniques ont toujours laissé à désirer; après avoir été dans une situation fort grave pendant trois ou quatre jours, ce malade est, aujourd'hui, en pleine convalescence.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE CLINIQUE

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DU CHOLÉRA.

Un des premiers malades atteints de choléra ayant été placé à l'Hôtel-Dieu, dans le service que je dirige en ce moment, m'a fourni l'occasion de cette revue, dont l'opportunité ne peut plus aujourd'hui faire question. Et comme ce malade a passé par toutes les phases de la maladie, jusques et y compris la convalescence, il peut nous servir de type tout le long de ce résumé.

Je passe sur les mesures de prophylaxie générale, dont il faut reconnaître l'importance, sans toutefois l'exagérer. La contagion, qu'on ne peut nier aujourd'hui d'une façon absolue, n'est pas, cela est certain aussi, le seul mode de propagation de la maladie; et cela suffit à nous rendre prudents dans les conseils à donner et les mesures à prendre.

La prophylaxie individuelle m'arrêtera davantage. Un mot, cependant, la résume tout entière : se maintenir dans de bonnes conditions hygiéniques, ne rien exagérer dans son régime, et quant à l'alimentation et quant à l'exercice. Après les foyers de contagion, ce qu'il faut le plus éviter, ce sont les accidents qui se retrouvent comme éléments dans l'ensemble symptomatique de la maladie. De là vient qu'il faut prévenir avec soin les troubles gastro-intestinaux, et en particulier les troubles diacritiques.

Un syndrome plus fâcheux encore, et de beaucoup, c'est l'hyposthénie nerveuse

dans laquelle nous laisse une fatigue considérable, une vive préoccupation morale, et toutes les passions déprimantes, y compris la peur, parce que l'hyposthénie nerveuse est un des éléments essentiels de l'état cholérique.

En résumé, tenir toutes les principales fonctions de l'économie dans un état d'activité suffisante et dans un équilibre satisfaisant : tel doit être l'objectif, tout opposé, on le voit, à celui que se proposent beaucoup de gens, qui exagèrent sans mesure les éléments inverses d'excitation gastro-intestinale et de stimulation générale du système nerveux.

Pour ce qui regarde le traitement du choléra, de même que pour ce qui regarde sa prophylaxie, les travaux les plus pratiques qu'ait provoqués la dernière épidémie, renonçant à toute recherche d'un spécifique rationnellement introuvable, se sont attachés à étudier, avec les formes cliniques que peut offrir le choléra, les indications méthodiques dont ces formes sont l'objet naturel. Tels sont les travaux de J. Bouley, de Besnier (Esnest), de Besnier (Jules), de Decori, de Robbe, etc. Tel est, pour le dire de suite, le seul moyen scientifique de cultiver une étude aussi importante que difficile.

Ces formes varient d'ailleurs non-seulement avec les sujets, mais, sur un même sujet, avec les phases diverses de l'évolution cholérique; aussi aurai-je à les étudier d'abord et surtout dans les périodes de prodromes, d'algidité et de réaction.

La période prodromique, ou de diarrhée prémonitoire, n'est pas la moins importante ni la moins délicate à soigner. La diacrise intestinale dont elle témoigne est souvent provoquée par des aliments indigestes ou qui subissent dans le tube digestif des fermentations anormales; c'est un état dyspeptique que les purgatifs seuls ou suivis de l'administration de quelques agents eupeptiques (noix vomique, etc.) sont des plus aptes à détruire. D'autres fois, avec ou sans diacrise, on constate un état saburral qui dénote un amas épithélial considérable à la surface de la muqueuse; souvent même, dans ces cas, il n'y a pas apparence de sécrétions gastro-intestinales, mais une apepsie saburrale complète; c'est à cette forme que convient le vomitif.

Les agents évacuants à choisir sont, pour les vomitifs, l'ipéca, dont l'effet astringent topique n'est pas inutile; on le préférera au tartre stibié qui n'a pas le même avantage, et qui, de plus, est susceptible de provoquer une dépression nerveuse considérable, avec ou sans évacuations alvines exagérées (choléra stibié). Quant aux purgatifs, les purgatifs mécaniques, ceux qui purgent par indigestion, ne sont pas les meilleurs; les irritants et les drastiques sont à rejeter aussi, à cause de la violence de leurs effets et de la dépression nerveuse qui les accompagne; on emploie de préférence, au contraire, les sels dialytiques, dont l'effet physique, se produisant presque sans excitation, modifie doucement la surface de la muqueuse. Ces sels ont encore cet autre avantage, que la partie qui est absorbée devient dans le sang une cause de constipation, parce qu'elle renverse, pour ainsi dire, le sens de l'osmose intestinale; sans compter qu'elle ajoute au sang des matériaux salins que la diarrhée cholérique tend à lui enlever. Ainsi prescrira-t-on les sulfates de soude et de magnésie, et la magnésie calcinée, laquelle se transforme dans l'estomac partiellement en chlorure.

La troisième indication des prodromes, c'est de relever les forces qui déjà commencent à fléchir. Des infusions de substances aromatiques simples ou additionnées d'alcool, de rhum ou de teintures de substances excitantes (mélisse, cannelle, absinthe) ou antispasmodiques, ou même narcotiques, ou enfin astringentes, selon que dominent l'asthénie pure, ou une certaine ataxie, ou simplement les flux diarrhéiques.

Quand ce dernier symptôme a toute son intensité, il motive l'usage de l'opium, qui, à son action narcotique, joint des effets anexosmotiques puissants. Le laudanum, pour cette raison, paraît être une des meilleures préparations; on donne encore l'opium dans les électuaires dont il fait partie (diascordium), seul ou combiné avec des poudres absorbantes (sous-nitrate de bismuth à haute dose, craie, etc.).

Cette période passée, vient celle d'algidité. L'état algide, outre qu'il peut être

plus ou moins profond, peut encore varier suivant que prédominent les phénomènes asphyxiques ou bien les phénomènes cardialgiques (Robbe). Il peut persister, malgré des ébauches de réaction incomplètes en qualité et en durée, et que l'on constate surtout le matin (Robbe); ce sont les formes algides réfractaires.

Quoi qu'il en soit, c'est l'algidité qui fait la base de l'indication à cette période; c'est-à-dire un état dans lequel il existe un spasme vasculaire périphérique, en coïncidence avec des congestions viscérales et, pour l'un et l'autre motif, une véritable stase sanguine dont la cyanose est aussitôt la suite.

C'est alors qu'il faut provoquer par tous les moyens le rétablissement de la circulation périphérique et viscérale. C'est le cas de mettre en œuvre tous les stimulants internes et externes : boissons excitantes, liqueurs alcooliques, camphrées, ammoniacales; les excitants diffusibles devant être préférés comme plus susceptibles d'être absorbés par des surfaces que l'inertie gagne rapidement. Vin de Bordeaux, malaga, pale-ale, café, liqueurs diverses, chartreuse, etc., s'ajouteront aux moyens excitants déjà indiqués dans la première période.

Les boissons glacées auront souvent l'avantage de conjurer les vomissements, de combattre la diarrhée par leur astringence, de faire contracter les capillaires internes, et d'agir à la façon des toniques sur le système nerveux.

Il faut aussi s'adresser à la peau, qu'on sollicite au moyen de frictions simples ou irritantes, jusqu'à ce que le corps se réchauffe sous l'action énergique de la brosse et des applications chaudes et excitantes (essence de térébenthine, moutarde, teintures diverses, camphre, etc.). La chaleur cependant ne saurait être préconisée au détriment de l'aération, tant il y a besoin de faciliter l'hématose.

L'hydrothérapie, que Bouley a si heureusement employée dans la dernière épidémie, doit être notée ici comme un des moyens les plus puissants de stimulation capables de provoquer la réaction. Elle se pratique en général par le procédé de l'enveloppement dans le drap mouillé, ou par une rapide affusion, ou enfin par les simples procédés de sudation, selon l'état et les forces du malade. L'hydrothérapie aurait sur les autres stimulants cet avantage que, frappant le système nerveux sympathique plus encore que le système cérébro-spinal, il y a avec elle, moins qu'avec les autres stimulants, à courir le danger d'épuiser ce qui reste de forces, au lieu d'en solliciter la récupération; il faut souvent préférer, en effet, le traitement du Bédouin qui s'expose au soleil enveloppé de couvertures et se borne à boire de l'eau froide, au sort de ces malades qui sont tour à tour purgés, drogués, brossés, rubéfiés et même martelés (Robbe).

L'asthénie excessive, une extrême cyanose, l'asphyxie éminente peuvent seules contre-indiquer l'usage de l'hydrothérapie; on lui préférera alors les inhalations d'oxygène. Elle convient au contraire spécialement aux formes cardialgiques, avec angoisses et phénomènes nerveux divers; — elle favorise le retour de la circulation, le rétablissement de la chaleur et de l'absorption, stimule, révulse et provoque l'élimination du poison.

Il est trois symptômes en particulier qui peuvent prendre une importance telle qu'ils deviennent à eux seuls la source d'une indication : ce sont les vomissements, la diarrhée et les crampes.

Contre les vomissements, la glace, l'eau de Seltz, le champagne, le haschich (Delpech), quelquefois la bière, les révulsifs à l'épigastre ou même un ipéca, sont les moyens à mettre en œuvre.

Contre la diarrhée, l'opium, et surtout le laudanum, jusqu'à 40 gouttes s'il le faut, tel est le moyen par excellence, et qui ne connaît de contre-indication qu'un état congestif de l'encéphale. Les lavements laudanisés et astringents, et les absorbants divers, avec les révulsifs appliqués sur l'abdomen, complètent ces moyens.

Enfin, contre les crampes, les antispasmodiques, et au dehors les frictions excitantes, faites soit sur le muscle contracté, soit le long de la colonne vertébrale, surtout les frictions à la térébenthine, m'ont paru rendre de vrais services.

C'est dans l'algidité qu'on a essayé des injections sous-cutanées et des injections veineuses, dans le but de suppléer à l'insuffisance de l'absorption par la muqueuse

et de rendre au sang les matériaux qui lui manquent. Bien que ce moyen n'ait pas donné des résultats bien satisfaisants, on ne saurait le rejeter. Une solution salée a été le liquide qui a paru le plus propre à l'opération. Lorain a injecté l'eau tiède avec succès.

A la période de réaction, les difficultés s'accroissent pour le praticien, car l'indication est aussi difficile à remplir, et elle est souvent plus délicate à déterminer. La réaction peut pécher par défaut, ou par excès, ou par irrégularité (ataxie).

La réaction insuffisante se traduit par une persistance anormale d'un ou de plusieurs des phénomènes qui caractérisent l'algidité ; elle ne comporte guère d'autre indication que celle de l'algidité elle-même. Les stimulants divers déjà énoncés seraient les agents de cette médication. Il y faut toutefois apporter une mesure prudente, moins à cause des craintes qu'il y a de dépasser le but et de provoquer une réaction excessive, qu'à cause du danger qu'il y a plus souvent à user en excitation factice un reste d'excitabilité dont la nutrition eût pu faire son profit.

On préférera alors aux stimulants d'effet violent, tels que les alcooliques et l'ammoniaque, les infusions aromatiques, aux toniques excitants, les toniques fixes; avant d'employer les révulsifs énergiques, on usera des friction simples ou rubéfiantes, des applications chaudes surtout; enfin, avant de mettre en œuvre la douche et l'affusion, on tentera les pratiques de la sudation et même de l'enveloppement humide. Et ce n'est que devant l'insuffisance constatée de ces moyens, qu'on se décidera à employer ceux qui jouissent de peu de portée, mais qui comportent aussi plus d'éventualités dangereuses. On doit alors chercher plus que jamais à frapper juste plutôt qu'à frapper fort.

Le malade que nous venons d'avoir sous les yeux en est l'exemple : nous avons vu, chez lui, la réaction, qui s'était assez franchement déclarée, marcher lentement, être entravée tantôt par du délire, tantôt par des phénomènes d'entérite, et se compléter seulement quand, aux excitants violents que commandait la période algide, nous avons substitué les toniques fixes (le quinquina) et une infusion aromatique amère (la camomille).

Le traitement doit même, à cette période, être parfois momentanément suspendu et remplacé par une médication toute différente, que réclame une complication. La plus fréquente est un retour de l'état muqueux et de l'embarras gastrique, contre lequel il ne faut pas craindre d'opposer un évacuant : un purgatif salin léger nous a suffi dans le cas actuel.

Quand, au contraire, la réaction est excessive, ce qui se traduit par l'excès de la fièvre, par l'élévation de la température, l'agitation et quelque détermination congestive ou même inflammatoire locale, alors il convient d'employer les agents tempérants et même, s'il y a lieu, les antipyrétiques et les antiphlogistiques. On comprend toutefois avec quelle mesure il faut agir contre une évolution morbide dont l'absence ou l'atténuation exagérée pourrait être fatale.

Enfin, quand la réaction est perverse, typhoïde ou ataxo-adynamique, c'est encore, le plus souvent, l'asthénie qui domine et qu'il faut surtout attaquer; l'ataxie, en effet, semble par ses manifestations elles-mêmes être une série de velléités de perceptions sensibles et de réactions motrices, mais de velléités sans réalisation efficace. De là l'utilité des antispasmodiques et de ceux qui, parmi eux, sont le plus excitants, l'utilité des toniques stimulants, des bains avec affusions.

La convalescence relève de l'hygiène plus que de la médecine : il faut tout d'abord surveiller l'intégrité des fonctions digestives, et s'il est quelque symptôme qui persiste, il peut devenir l'objet d'une indication spéciale, à laquelle, du moins, on a le temps de répondre.

Telles sont les grandes lignes d'après lesquelles il faut diriger la thérapeutique de cette grave maladie; le médecin qui a su meubler ainsi son arsenal thérapeutique sera plus fort pour combattre le mal que s'il y gardait quelque spécifique dont l'indication ne serait pas nettement établie.

A. FERRAND,
Médecin des hôpitaux.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 juillet 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Sommaire. — Anatomie pathologique de l'hydrocèle. — Élection.

Cette séance a été remplie par une communication de M. Lannelongue, sur l'anatomie pathologique de l'hydrocèle.

Dans l'hydrocèle simple de la cavité vaginale, les rapports de l'épididyme avec le testicule sont modifiés; l'épididyme s'éloigne de la glande, se place au-dessus d'elle, s'allonge et s'étale à la surface de la tumeur. Quand un épanchement se fait dans la tunique vaginale, les deux feuillets de la séreuse ne sont plus admis; la cavité ne peut s'accroître qu'aux dépens du feuillet pariétal; ce feuillet se tend dans toute son étendue; le testicule s'immobilise dans un point déterminé, tandis que l'épididyme devient plus mobile et flotte dans la cavité vaginale. Si l'épanchement augmente, l'épididyme se sépare encore plus de la glande testiculaire, ses faces changent de rapports; puis le bord antérieur devient une face et les faces deviennent des bords. La partie moyenne de l'épididyme s'applique de plus en plus sur la paroi pariétale de la séreuse, mais la tête et la queue sont plus rapprochées du testicule. Au niveau de la tête, le feuillet séreux s'étale en avant, et il ne reste que le conduit vecteur du testicule pour unir ces deux organes. Plus tard, les cornes se déroulent; la queue reste à sa place, la tête s'isolant de plus en plus.

M. Lannelongue a fait ces observations sur 5 hydrocèles du volume du poing environ, les sujets ayant 45, 50, 60, 70, 74 ans. Depuis qu'il est chirurgien de Bicêtre, il a fait l'examen anatomique de 18 hydrocèles.

Quel est l'état de la fonction spermatique chez les individus atteints d'hydrocèle? Sur les 5 sujets examinés par M. Lannelongue, on ne trouvait pas de spermatozoïdes dans la vésicule séminale ni dans l'épididyme, et cependant le testicule lui-même paraissait sain. En 1856, M. Duplay père a démontré que cinq fois sur 5 cas d'hydrocèle il n'y avait pas de spermatozoïdes, mais il ne note pas le volume de l'hydrocèle. En 1867, M. Dieu, dans 5 cas d'hydrocèles volumineuses et anciennes, ne trouva pas de spermatozoïdes dans la vésicule séminale correspondante. M. Liégeois a publié 4 observations prises sur le vivant sur des individus de 50 à 60 ans; l'un avait deux hydrocèles du volume d'un œuf d'oie, l'autre deux hydrocèles du volume d'un œuf de poule; chez ceux-là, pas de spermatozoïdes dans la liqueur séminale. Un autre avait une épididymite d'un côté et une hydrocèle de l'autre côté; on constatait de 15 à 20 spermatozoïdes au lieu de 150 à 200 que contient normalement le liquide séminal. M. Roubaud raconte l'histoire d'un individu qui avait deux hydrocèles, pas de spermatozoïdes; on fit la ponction, les spermatozoïdes reparurent; quand le liquide de l'hydrocèle se reproduisit les spermatozoïdes disparurent de nouveau.

Les hydrocèles peu volumineuses n'amènent pas la suppression complète des spermatozoïdes; mais ces animalcules se modifient et s'altèrent dans les voies séminales elles-mêmes. M. Duplay père a signalé ce fait il y a vingt ans; il disait que dans 27 cas où il avait trouvé des spermatozoïdes dans les vésicules séminales chez des individus atteints d'hydrocèle, il avait trouvé les uns sans tête, les autres sans queue; il pensait que c'étaient des spermatozoïdes incomplétement développés. C'est là une erreur d'interprétation qui vient de ce que l'auteur n'a étudié le sperme que dans les vésicules séminales; mais on peut en trouver dans l'épididyme, et, quand ils s'altèrent, c'est à partir de la tête de l'épididyme. C'est une altération régressive. Fréquemment des granulations protéiques se forment à l'union de la tête et de la queue; il en résulte la séparation de ces deux parties qui s'altèrent à leur tour.

Comme conclusion pratique de sa communication, M. Lannelongue pense que la thérapeutique doit intervenir promptement dans les cas d'hydrocèle, afin d'empêcher l'affaiblissement et l'abolition des fonctions spermatiques.

M. Tillaux demande à M. Lannelongue s'il n'y aurait pas lieu de faire intervenir, pour expliquer la disparation des spermatozoïdes, l'induration de l'épididyme signalée et décrite par M. Panas dans l'hydrocèle, plutôt que la présence du liquide dans la cavité vaginale.

M. Guyon, à l'appui de la question soulevée par M. Tillaux, dit avoir constaté plusieurs fois l'induration de l'épididyme dans l'hydrocèle; il pense qu'il faudrait faire la part des deux lésions.

M. Lannelongue répond qu'il a fait des recherches à Bicêtre dans 23 cas d'hydrocèles bien développées; jamais il n'a rencontré l'induration de l'épididyme signalée par M. Panas. Au niveau de la queue de l'épididyme, l'enveloppe fibreuse est très-épaissie; quand on a vidé la poche, on trouve, non pas l'induration de l'épididyme, mais cet épaississement fibreux. M. Lannelongue

a trouvé parfois le canal déférent plus sinueux, mais jamais induré. Il ne comprend pas comment des malades qui n'ont jamais eu d'affection de l'épididyme ou du testicule auraient une induration épididymaire; il n'est pas douteux pour lui qu'il y ait des hydrocèles primitives.

— La Société de chirurgie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire. Sur 26 votants, M. Ledentu obtient 18 suffrages, M. Krishaber 6, M. Nicaise 2. En conséquence, M. Ledentu ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

QUELQUES MOTS AU SUJET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE (1).

Monsieur le rédacteur,

Au moment où cet affreux choléra paraît vouloir s'implanter dans notre cher Paris, où malheureusement il a fait déjà plus d'une victime, serait-il indiscret de demander à qui de droit comment il se fait que les immondices qui encombrent les Halles et les rues circonvoisines ne sont pas enlevées à midi et quelquefois même à une heure de l'après-midi?

On répondra sans doute que, d'après les engagements pris avec le ou les entrepreneurs de ce service, il n'est pas facile de faire mieux ou plus vite. Soit. — Mais à cette objection on pourrait opposer la suivante :

A une époque exceptionnelle comme celle que nous traversons, où la vie de deux millions d'habitants est en jeu, ne serait-il pas logique, humain, obligatoire même, de doubler, tripler les moyens d'enlèvement de ces détritus que tout le monde connaît, — détritus qui ne peuvent que servir de véhicule à l'intoxication cholérique, — et cela même au prix de quelques sacrifices pécuniaires que s'imposerait temporairement la Ville pour un cas aussi urgent?

Au besoin, des tombereaux ne pourraient-ils, toutes les heures, toutes les deux heures, enlever les immondices provenant des carreaux des Halles?

Qu'en pensez-vous?

Ne croyez-vous pas, comme moi, que l'enlèvement de ces immondices et le nettoyage plus matinier des rues qui avoisinent les Halles, et des Halles elles-mêmes, ne seraient pas de mise en ce moment? Car, si un foyer d'infection s'établissait dans ce centre, les autres quartiers de Paris en seraient-ils bien indemnes?

Ce qui m'a suggéré ces réflexions ou questions, c'est l'avis émanant de la préfecture de la Seine faisant défense de déposer les ordures et résidus sur la voie publique. — S'il est reconnu que le séjour prolongé dans la rue de ces détritus est nuisible à la santé publique, à plus forte raison doit-il l'être dans le quartier que je signale.

UN CURIEUX.

NÉCROLOGIE

MORT DE M. NÉLATON.

Dimanche, 21, à neuf heures du matin, une grande intelligence médicale s'est éteinte. Après plusieurs mois d'une lente et douloureuse maladie, M. Nélaton a succombé à une affection organique du cœur. La place considérable que M. Nélaton a occupée dans la chirurgie contemporaine devra faire l'objet d'une appréciation motivée. On ne peut aujourd'hui que rendre hommage au caractère, aux qualités du cœur du confrère, de l'ami et de l'homme privé.

Il n'y aura qu'une voix pour louer la bienveillance, la simplicité, la modestie de l'homme éminent qui, parvenu aux honneurs suprêmes, mit autant de soin à dissimuler son élévation que d'autres à en tirer vanité. M. Nélaton était bon et bienfaisant; jamais aucune infortune ne frappa vainement à sa porte, souvent il alla au devant d'elle, et nous avons eu plusieurs fois l'honneur d'être pris pour intermédiaire de ses bonnes œuvres confraternelles qu'il fallait accomplir simplement et discrètement.

Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, M. Nélaton appartenait à presque toutes les Sociétés savantes du monde. Il descendit volontairement de sa chaire de clinique chirurgicale aussitôt qu'il s'aperçut de l'affaiblissement de sa vue. Il n'appartenait plus à la Faculté de médecine, qu'il avait illustrée par son enseignement, que par le titre de professeur honoraire.

Élevé par l'empereur à la dignité de sénateur, la révolution de Septembre le fit descendre de son siége. M. Nélaton était grand-officier de la Légion d'honneur, distinction qui n'a été

(1) Cette note était écrite le 12 septembre, alors que les rapports médicaux constataient la présence du choléra à Paris.

jusqu'ici accordée dans le Corps médical qu'à lui, à M. Rayer, à M. Ricord et à M. Michel Lévy.

Il n'existe pas d'exemple d'un médecin ayant joui autant que M. Nélaton de la confiance publique. Ni Boyer, ni Dupuytren, ni Marjolin, ni Roux, ni Velpeau, ni Jobert n'ont approché de la vogue de M. Nélaton. Seul, M. Ricord s'est maintenu à peu près à son niveau.

— Les obsèques de M. Nélaton auront lieu aujourd'hui mardi, 23 courant, à midi très-précis, en l'église Saint-Pierre de Chaillot.

Sa famille prie les personnes qui n'auraient pas reçu de billets de faire part, de considérer le présent comme une invitation.

MORT DE M. COSTE.

La science, l'Institut, l'Académie de médecine et l'enseignement viennent de faire une grande perte par la mort de M. Coste, qui vient de succomber, dit-on, à un étranglement intestinal. M. Coste n'avait que 65 ans. Ses beaux travaux d'embryogénie lui ouvrirent les portes du Collége de France, où fut créée pour lui une chaire spéciale. M. Coste, né aux environs de Montpellier, avait fait de bonnes études médicales dans la Faculté de cette ville, surtout sous la direction de M. Delpech, qui l'affectionnait beaucoup. Cependant Coste ne prit pas le bonnet de docteur et se livra à ses études favorites. Ces études le conduisirent aux recherches si intéressantes de pisciculture qui ont popularisé son nom et paraissent destinées à ouvrir de nouvelles et fécondes ressources à l'alimentation.

FORMULAIRE

POTION DIURÉTIQUE.

Bicarbonate de potasse. . .	1 gr. 50 cent.	à	2 grammes.
Émulsion d'amandes.	125		—
Sirop de cinq racines.	25		—

F. s. a. une potion à donner en quatre fois dans la journée, pour activer la sécrétion rénale, chez les personnes atteintes de rhumatisme articulaire aigu, et chez celles dont l'urine, trop chargée d'urate, laisse déposer par le refroidissement un sédiment de ces sels. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 23 SEPTEMBRE 1774.

Lettre du ministre Saint-Florentin au lieutenant de police M. Le Noir.

Il lui adresse une brochure de M. Portal, professeur en médecine au Collége royal, sur le genre de mort d'un marchand de modes et de sa femme, rue Saint-Honoré, qui a été causée par la vapeur du charbon. (*Archiv. nat.*, O¹ 416, dépêches, pag. 595.)

Voir les deux lettres suivantes, du même au même, sur des objets médicaux. — A. Ch.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 19 septembre, on a constaté 973 décès, savoir :

Variole, 0 décès ; — Rougeole, 13 ; — scarlatine, 1 ; — fièvre typhoïde, 44 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite aiguë, 26 ; — pneumonie, 38 ; — dysenterie, 8 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 65 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 125 ; — angine couenneuse, 9 ; — croup, 10 ; — affections puerpérales, 5 ; — affections aiguës, 220 ; — affections chroniques, 339 (dont 164 dues à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 52 ; — causes accidentelles, 13.

— Nous annonçons avec satisfaction que, dans la journée d'hier dimanche, il n'est pas entré, il ne s'est pas déclaré un seul cas de choléra dans les hôpitaux et hospices de Paris.

COURS D'ANATOMIE. — M. le docteur Fort commencera un *cours public d'anatomie et de physiologie* le mercredi 15 octobre, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Les *cours particuliers* de M. Fort recommenceront le lundi 20 octobre. Il y aura deux leçons par jour dans l'amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois, n° 2, et dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique. — Les élèves seront exercés aux *dissections*.

Pour les renseignements et l'inscription à ces cours, s'adresser tous les matins, rue Caumartin, 12, à partir du 10 octobre.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Obsèques de M. Nélaton

Par ses dernières dispositions, M. Nélaton avait prescrit une certaine simplicité pour ses obsèques et interdit tout discours sur sa tombe. Ses volontés dernières ont été respectées. Pas d'insignes sur le cercueil, rien qui rappelât que M. Nélaton avait été l'un des plus grands dignitaires de l'État; pas même les palmes vertes de l'Institut, pas même la robe de professeur. Cependant, un bataillon du 120e de ligne rendait les honneurs militaires au grand-officier de la Légion d'honneur.

Mais ce que M. Nélaton n'avait pu interdire, c'est la foule qui se pressait à ses obsèques, et que ne pouvaient contenir les vastes salons de son hôtel et l'église Saint-Pierre de Chaillot. Le Sénat, qui n'existe plus, n'avait pu y envoyer que des représentants officieux, parmi lesquels on remarquait M. le docteur Conneau. L'Académie des sciences et l'Académie de médecine avaient envoyé des députations nombreuses de leurs membres. Quatre ou cinq professeurs de la Faculté et autant d'agrégés représentaient seuls cette École, dont M. Nélaton a été l'une des gloires. On y remarquait surtout l'absence, motivée sans doute par les vacances, de quelques jeunes professeurs dont M. Nélaton a été l'initiateur, le maître et le patron.

Le Corps médical de Paris, en très-grand nombre, a tenu à donner à M. Nélaton un dernier témoignage d'estime et de regrets en assistant à ses obsèques. Nous avons même remarqué quelques médecins venus des départements, entre autres M. le docteur Parise (de Lille) et M. le docteur Notta (de Lisieux).

Les coins du poêle étaient portés par M. Bouillaud, pour l'Institut; M. Depaul, pour l'Académie de médecine; M. Bouchardat, pour la Faculté; M. Béclard, pour l'Association des médecins de la Seine, dont M. Nélaton était le président.

En dehors du cortége officiel, on signalait un grand nombre de notabilités dans les sciences, les lettres, les arts, l'armée, la magistrature, etc.

Le service religieux a consisté en une messe basse accompagnée de chants exécutés avec talent par la maîtrise de la paroisse. Après l'absoute, le corps a été porté au cimetière du Père-Lachaise, où il a été inhumé.

Lundi, sur la demande de M. Larrey, l'Académie des sciences, après lecture du procès-verbal, a levé la séance en témoignage de regrets de la double perte qui venait d'être annoncée à l'Académie par la mort de M. Nélaton et de M. Coste.

FEUILLETON

HYGIÈNE PUBLIQUE

LA CRÉMATION DES MORTS EN ITALIE (1).

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

VIII

Les objections que j'appellerai scientifiques ont été présentées par le docteur Amédée Latour et par le professeur Grandesso-Silvestri.

D'après vous, « si le système de la crémation des cadavres avait prévalu sur toute la terre depuis l'époque de Socrate seulement, il y aurait longtemps que l'humanité serait morte de froid par destruction et combustion de toute matière combustible. »

Du moment où par le fait de l'incinération les principes organiques du cadavre humain sont réduits en gaz qui s'élèvent dans l'atmosphère et en principes fixes, bases métalliques ou cendres pouvant servir d'engrais à la terre, je ne m'explique pas d'une manière satisfaisante la destruction complète de toute matière combustible.

Ayant interrogé sur ce point un chimiste distingué, voici la réponse que j'en ai reçue:

« L'objection de M. le docteur Latour pourrait peut-être avoir quelque raison d'être si l'on se reporte aux crémations des anciens, sur de grands bûchers de bois, mais les moyens per-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 9, 13 et 16 septembre.

CONSTITUTION MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES

1866—1873 (1)

Deuxième note, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 19 septembre 1873,

Par M. Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU. — Analyse des documents fournis par M. le docteur Champenois, médecin en chef.

Pendant la durée du mois d'août, M. le docteur Champenois relève seulement 7 cas de *cholérine* (les 9, 15, 17, 24, 25 et 26 du mois), tous guéris après une moyenne de onze jours de traitement.

Le 5 septembre : premier cas, sur un artilleur amené de l'École militaire, atteint de *choléra confirmé;* entré à midi, mort à minuit. Ce malade avait été pris de *coliques*, seulement *la veille* au soir; mais, du 16 au 26 août, il avait été traité à l'hôpital pour une diarrhée. A l'autopsie : *psorentérie* de la fin de l'iléon; *injection du gros intestin; système veineux* comme injecté avec une solution coagulée de gélatine noire; *épanchement sanguin* en nappe à la surface postérieure des deux hémisphères cérébraux, etc. — Ce malade, à son arrivée, avait été, par erreur, placé pendant une demi-heure dans une salle de malades ordinaires. Son voisin de gauche, à l'hôpital depuis trois jours pour une dysenterie grave, présenta, dans la nuit même, tous les symptômes d'une atteinte grave de *choléra*, et il était mort le lendemain matin à neuf heures. A l'autopsie : Lésion dysentérique au deuxième degré, et lésions hématiques analogues à celles du malade précédent.

Du 5 au 10 septembre : Rien de particulier.

Le 10, dans le service du médecin traitant, M. le docteur Widal, un *typhique* au deuxième septénaire, et un *infirmier* diarrhéique depuis deux jours et surmené d'ailleurs par la préparation d'un examen de baccalauréat, présentent des *accidents cholériques*. Le premier succombe rapidement; le deuxième est promptement sauvé par les moyens appropriés. — Le même jour : Un homme du 12e chasseurs, atteint de *choléra*, est apporté de la porte Maillot : diarrhée non traitée depuis deux jours;

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

---

fectionnés que la science possède aujourd'hui sont de nature à éloigner de pareilles appréhensions. » (Docteur Polli.)

Le professeur O. Grandesso-Silvestri s'oppose à la crémation au nom de l'anthropologie et de la phrénologie :

« Les sépultures humaines, à partir des cavernes des mammouths et des rennes, en descendant les siècles jusqu'aux six mille ans qui nous séparent des momies, et ainsi de suite dans la série des âges, nous ont tracé la chronologie du genre humain. Cette chronologie n'aurait-elle pas disparu si l'incinération avait été toujours mise en usage?

« Cela conduit à considérer l'importance des restes organiques en rapport avec la lumière qu'ils ont répandue sur la géologie, les faunes et les flores.

« Et lorsqu'il s'agit de l'étude des races antéhistoriques par la phrénologie, n'est-il pas nécessaire de trouver dans les sépulcres les enseignements et les constatations indispensables?

« Si la pratique de la crémation était généralisée, ceux qui viendraient après nous trouveraient incontestablement un vide fâcheux dans l'histoire et dans la science. »

En reproduisant cette note dans la *Gazette médicale des provinces vénitiennes*, le rédacteur en chef la fait suivre des réflexions suivantes :

« La science ne peut pas déclarer la guerre à la science! Rien de plus facile que de donner pleine satisfaction aux anthropologistes et aux phrénologistes en garnissant leurs cabinets des échantillons et des types destinés à perpétuer les caractères précis des squelettes de notre époque et des époques successives.

« D'ailleurs, les arts modernes ne nous donnent-ils pas les moyens de fixer d'une manière durable, et nos ressemblances et nos caractères dans l'échelle zoologique?

sous l'influence d'une médication énergique, la convalescence était commencée le 13.

Le 11 : Un typhique et un dysentérique prennent l'*aspect cholérique;* le typhoïde succombe.

Le 13 : Un homme du 120e de ligne est amené des Invalides : diarrhée depuis deux jours; la réaction s'opère, mais prend l'aspect typhoïde.

Le 14 : Un chasseur à cheval, apporté de l'École militaire; il n'avait pas de diarrhée actuelle, mais il en avait souffert pendant presque tout l'été : accidents combattus DÈS LE DÉBUT énergiquement; *mort* le lendemain à dix heures du matin! — Son camarade de chambrée, qui lui avait prodigué des soins toute la nuit, entre le soir même avec une attaque de choléra confirmé qui avait commencé dès le matin de sa nuit d'insomnie et de soins. Après avoir été dans une situation très-grave, ce pauvre soldat paraissait, le 17, en voie de guérison.

« Dans les salles particulières, ajoute M. le docteur Champenois, où diarrhéiques et typhiques ont été *isolés*, les affaiblis et les épuisés semblent moins enclins à l'*habitus épidémique* du moment, malgré les contingents que, dans chaque espèce, les entrées journalières amènent.

Pour combattre ces tendances, les *convalescents fiévreux* ont été répartis dans toutes les salles libres du pavillon des blessés. Les couvertures d'hiver ont été distribuées dans tous les services. Les salles des *diarrhéiques*, des *dysentériques* et des *typhiques*, ont été pourvues de feu. Les malades *épuisés* ont été *isolés* dans des cabinets, avec renfort de soins hygiéniques et autres.

Au service des cholériques a été affecté un *personnel spécial*, devant fournir les soins de jour, les gardes de nuit, avec des allocations particulières de préservation. Partout le *désinfectant* attendait le produit infectieux : dans les *lieux*, les *salles*, les *vases*, les *crachoirs*, les *alèzes*, etc.

Grâce à toutes ces précautions, dit en terminant M. Champenois, les essais d'extension du mal parmi les malades de l'hôpital paraissent avoir été combattus avec d'autant plus de succès que, sous le froid du temps, le Génie épidémique semble vouloir replier ses ailes. »

« Au moyen de la sculpture, de la gravure, de la peinture, de l'imprimerie, de la photographie, les savants qui s'occupent de ces intéressantes études pourront toujours léguer aux âges futurs les plus reculés les éléments d'une conviction sérieuse et parfaitement déterminée. »

IX

L'objection qui me paraît la plus péremptoire est fournie par la médecine légale.

La crémation enlève la possibilité des exhumations, c'est-à-dire des investigations que réclame la justice après la mort, dans les cas de crimes.

Pour la combattre, le professeur Coletti se demande d'abord si la santé de populations entières ne doit pas passer avant l'impunité qui pourrait résulter dans un cas exceptionnel pour un coupable.

Les docteurs Polli et Castiglioni se joignent à lui pour démontrer que le procédé de l'incinération procurerait à la justice pénale des résultats incomparablement supérieurs à ceux fournis par les ressources de l'exhumation actuelle.

Seulement, tous les trois sont unanimes pour reconnaître la nécessité d'établir un mode de constatation de décès plus sérieux, plus scientifique, pouvant avoir le double avantage d'éloigner les dangers d'erreurs dans les cas de mort apparente, et de fournir des matériaux intéressants à l'anatomie pathologique.

Je partage complétement cette manière de voir en me plaçant sous l'égide de la maxime tutélaire : *Salus populi suprema lex esto.*

Deux autres objections sont tirées, et du trop grand espace nécessaire pour abriter les urnes et de la forte dépense de l'opération.

Le pieux usage de conserver dans des urnes funéraires les cendres des parents est ainsi apprécié par vous :

VI

ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES DE ROUEN (1), 1849, 1866, 1873.

J'ai la bonne fortune, grâce à l'empressement de notre savant collègue le docteur Leudet, qui a bien voulu répondre rapidement à mon appel, de pouvoir vous transmettre les renseignements les plus circonstanciés sur le choléra dans la ville de Rouen, en attendant le travail complet que notre collègue prépare pour notre Société.

Rouen a généralement peu souffert des épidémies de choléra. Dans l'épidémie de 1849, dont la relation a été donnée dans les *Bulletins* de la Société de médecine de Rouen par le docteur Pillore, le nombre des cas a été peu considérable et la maladie a frappé presque exclusivement la *classe pauvre*. De même, dans l'épidémie de 1866, M. Leudet n'a observé aucun cas de choléra dans sa clientèle civile, pas plus qu'il n'en observe dans l'épidémie actuelle. Quant à la *mortalité* propre à ces diverses atteintes du choléra, elle ne varie pas sensiblement, et elle peut être évaluée, d'après M. Leudet, de 50 à 60 pour 100, et encore à la condition d'admettre, pour ne pas arriver à un coefficient mortuaire beaucoup plus élevé, les *cas moyens*, c'est-à-dire ceux qui présentent une cyanose modérée, chez lesquels le pouls n'a pas complétement disparu à la radiale et dont l'aphonie n'est pas très-intense.

L'épidémie actuelle a été précédée par des *diarrhées* nombreuses, à forme catarrhale, et surtout par la *fièvre* typhoïde qui règne depuis quatre mois à Rouen et dans les communes suburbaines (plus de 50 cas dans le seul service de M. Leudet, à l'Hôtel-Dieu, pour cet espace de temps).

Les *premiers cas* observés à Rouen datent des premiers jours du mois d'août; ils eurent lieu chez une femme, de condition moyenne, n'*ayant pas quitté la ville*, et chez un mousse, *à bord d'un navire*, dans le port. A l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Leudet, le premier cas date du 9 août, et fut observé chez une femme de 47 ans, amenée à l'hôpital, présentant un *choléra type*. Depuis, le nombre des cholériques, pour ce même service, s'est élevé à 32; de 90 environ pour tout l'hôpital, et, à la date du 17 septembre, d'environ 200 cas dans les établissements de l'Hôtel-Dieu et de l'Hospice-Général, considérés ensemble.

Les *quartiers de la ville* atteints, et M. Leudet insiste avec soin sur ce point, ont

(1) Il y a, ou il y a eu, des cas de choléra à Elbeuf, Pont-Audemer, Bolbec, etc.

« Supposez où en serait aujourd'hui une famille qui, depuis Jésus-Christ, aurait conservé les cendres de tous ses aïeux. L'immensité du Louvre réuni aux Tuileries ne suffirait pas au logement des urnes funéraires d'une seule famille. »

Le professeur Castiglioni a combattu votre objection devant le Congrès de Florence par des calculs arithmétiques.

Il me semble que, d'une part, vous supposez des urnes de grande dimension, et que, de l'autre, vous ne tenez pas compte de la matière première de ces urnes mêmes et des injures qu'elles recevront du *Tempus edax*.

« Il ne faudra pas beaucoup d'espace, écrit le docteur G. Pini dans la *Gazette de Milan*, pour placer les urnes qui contiennent les cendres de nos ancêtres.

« Nos pères couvraient de sépulcres les voies publiques, et le respect de la tombe n'en était pas moins sacré.

« On voit à Pompeï une longue et vaste rue, sur les côtés de laquelle s'étagent des urnes funéraires. Sous cet aspect, la mort est moins triste, moins dur est le divorce des vivants avec les trépassés.

« Si quelqu'un, jaloux des cendres de ceux qui lui ont été le plus chers, voulait les mettre à l'abri des regards des profanes et les soustraire aux injures du temps, ne pourrait-il pas les cacher sous le toit domestique?

« De toutes les religions, la plus poétique sera celle qui pourra substituer aux images mythologiques le culte des morts, les vrais pénates de la maison et de la famille. »

L'on s'est beaucoup exagéré le taux de la dépense que nécessite l'incinération complète d'un cadavre.

Sans doute, avec le procédé des bûchers en usage chez les Grecs et chez les Troyens, il

été à peu près les mêmes qu'en 1866 : ce sont les *quartiers pauvres*, mal aérés ; des *cas isolés*, et même mortels, se sont, à la vérité, développés dans les parties les plus salubres, les plus aérées de la ville, et les mieux habitées, mais toujours, néanmoins, chez des gens peu aisés. De plus, notre collègue a constaté que, comme en 1866, la maladie a frappé, *dans des centres isolés*, plusieurs individus à la fois ou successivement : sur les 33 malades de son service, 6 avaient perdu de 1 à 3 membres de leur famille, la veille ou peu de jours avant l'entrée ; d'autres étaient admis à l'hôpital en même temps.

M. Leudet fournira ultérieurement des chiffres précis, mais il a constaté que le plus grand nombre de ses malades avaient eu de la *diarrhée* quelques jours, quelques *heures* parfois avant le choléra confirmé.

La *gravité* de l'épidémie est considérable ; M. Leudet le note expressément : la cyanose, le refroidissement et l'adynamie sont graves, et même, ajoute-t-il, la situation est périlleuse encore alors qu'il n'y a pas un cortége formidable d'accidents, que les cas sont en apparence modérés ; la *sidération* est grande et le malade s'éteint épuisé, quoique les évacuations aient cessé ; la *réaction typhoïde* semble avoir été peu fréquente.

Les *lésions* constatées à l'autopsie sont les mêmes qu'en 1849 et en 1866.

Quant au *traitement*, notre collègue le varie suivant les indications : glace, toniques, alcooliques, bismuth, ratanhia, petite quantité d'opium, et, en outre, recommandation peu encourageante, mais que nous n'hésitons pas à faire avec M. Leudet : *ne pas trop tourmenter les pauvres malades*.

En 1873, comme en 1866, les cholériques *ne sont pas isolés* dans les hôpitaux de Rouen, et M. Leudet renvoie à son travail de 1866, communiqué à l'Académie, et dans lequel il a démontré que la propagation par contagion n'a pas eu lieu dans ces hôpitaux, bien que les cholériques ne soient séparés des autres malades ni à l'Hôtel-Dieu, ni à l'Hospice-Général (hospice de *vieillards*, où l'on reçoit quelques malades venant du quartier pauvre où est situé ce dernier établissement.

LE CHOLÉRA ; SES FOYERS ; INFLUENCE DE L'AIR ET DE L'EAU SUR SA PROPAGATION ;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 19 septembre 1873,

Par M. Léon COLIN.

L'apparition du choléra parmi la population parisienne, à une époque de fréquence

---

faudrait employer des quantités considérables de bois et de matières résineuses et inflammables ; mais avec les ressources de la chimie moderne, l'on arrivera à une dépense abordable même pour les pauvres.

Ce sont là d'ailleurs des circonstances accessoires, des détails qui seront facilement résolus par la pratique journalière de la méthode.

Le gaz d'éclairage employé par le docteur Polli, à Milan, ne coûte pas très-cher, et ce savant chimiste se propose de fixer, dans une troisième expérience, et la quantité de gaz nécessaire pour obtenir l'incinération complète d'un chien de taille ordinaire, et la dépense afférente à l'opération.

Le procédé du professeur Gorini exigerait, pour la combustion d'un seul cadavre, une somme assez élevée (60 à 70 francs environ), parce qu'il faut employer beaucoup de combustible pour porter à l'état de fusion la matière qui doit amener la crémation. Mais une fois que cette haute température se trouve atteinte, la matière en fusion peut servir à la destruction de plusieurs corps. La dépense diminuera de la sorte en raison du nombre des morts, de manière que si on en brûle une dizaine dans la même période, l'on réduit la dépense à 6 ou 7 francs.

X

Tous les auteurs qui se sont occupés de la réforme actuelle sont unanimes pour reconnaître la nécessité de respecter tout d'abord le libre arbitre des citoyens. Avant tout, elle sera facultative, et toujours chacun pourra donner la préférence à l'une des deux méthodes, l'ensevelissement ou la crémation. Pour atteindre plus facilement le but, il est indispensable d'introduire dans le nouveau Code sanitaire, à l'étude dans l'une des commissions du Sénat du

exceptionnelle des affections gastro-intestinales, semble, pour l'invasion actuelle, fournir un argument très-favorable à la thèse de la naissance locale de cette épidémie, qui ne serait que le terme ultime de la transformation progressive des maladies régnantes; nous partageons cependant à cet égard l'opinion exprimée par M. Ernest Besnier, d'une simple coïncidence entre ces dernières maladies et l'épidémie cholérique. Cette opinion nous semble confirmée par la persistance même et peut-être par l'exagération, depuis quelques jours, de cette constitution médicale qui dès lors aurait dû contribuer au renforcement de l'épidémie, tandis que les documents récemment publiés en indiquent plutôt les oscillations décroissantes. On se trouve donc, cette fois encore, naturellement entraîné à considérer le mal comme indépendant, en son origine, en ses allures, de l'état sanitaire préexistant auquel il est venu se surajouter sans se fondre davantage avec les maladies qui régnaient à Paris au moment de son explosion; et l'on se reporte vers la pensée de la pénétration, par voie d'importation, du fléau dont on suivait, depuis plusieurs années, la marche lente et progressive vers l'ouest de l'Europe, et qui venait enfin d'éclater dans le port de mer le plus voisin de Paris.

Le fait de la multiplicité et de la dissémination des foyers d'où proviennent les malades admis dans les divers hôpitaux de Paris constitue aussi, au premier abord, un motif d'hésitation à admettre cette faculté de transmission du choléra et la provenance exotique de l'épidémie actuelle ; comment expliquer l'immunité de tant de quartiers et la circonscription du mal à quelques groupes d'habitations, éloignées les unes des autres, mais reliées par le mouvement incessant d'une population nombreuse qui devrait, en répandant les germes du contage, uniformiser jusqu'à un certain degré les conditions sanitaires des différents quartiers de la ville?

Il faut se rappeler ici l'importance énorme, sur la réceptivité des masses et des individus, des conditions de localité, conditions dont le premier résultat est de donner précisément un caractère bizarre, irrégulier, à l'envahissement et à la répartition des épidémies cholériques, caractère différent de celui des maladies virulentes proprement dites, dont la transmission plus fatale s'accomplit bien plus indépendante de la prédisposition des milieux, et dont la filiation continue ne laisse pas, entre les points atteints, autant de centres épargnés. Il serait du plus haut intérêt de connaître la nature de ces conditions, soit d'immunité, soit de réceptivité des différents milieux à l'égard du contage cholérique; mais la question semble bien plus obscure ici que pour les autres affections pestilentielles : on pourra déterminer à l'avance

---

royaume, un paragraphe autorisant d'autres modes d'inhumation différents de ceux dont on se sert habituellement, sous la condition expresse d'obtenir préalablement l'autorisation du Conseil supérieur de santé.

Les municipalités de Milan et de Padoue, ayant compris aussi que l'initiative des modifications à introduire dans les us et coutumes du pays leur appartenait tout entière, se sont empressés de mettre la question à l'ordre du jour de leurs délibérations.

Enfin, dans une des villes principales d'Italie, un haut personnage a affecté, par disposition testamentaire, une somme de 10,000 fr. pour la crémation de son cadavre, espérant que, à l'époque de son décès, la loi ne s'opposera pas à la réalisation de ses vœux.

XI

Laissez-moi, très-honoré rédacteur en chef, résumer cette longue lettre en rappelant les étapes parcourues en Italie par cette importante réforme de la crémation, dans la voie du progrès, de la liberté et de la civilisation.

— Mouvement scientifique des plus accentués par la publication de mémoires importants, d'articles de journaux du plus haut intérêt.

— Vote unanime des membres des Congrès médicaux de Florence et de Rome.

— Encouragements de l'Institut lombard par son programme du prix Secco-Comneno.

— Études au sein du Conseil municipal de Milan; propositions au Sénat pour modifier le Code sanitaire du royaume, en y introduisant la faculté de la crémation.

— Expériences précises et très-concluantes des professeurs Polli et Gorini.

les limites de climats que franchira ou que ne franchira pas la fièvre jaune; affirmer que, dans telle localité, le quartier maritime sera plus ou moins prédisposé; que le mal ne frappera que les cités populeuses, respectant les habitants des campagnes, ceux des petits centres de population; qu'enfin, certaines résidences seront entièrement préservées par le fait seulement de leur altitude ou de leur situation à l'intérieur des terres; quelques-unes de ces lois s'imposent même à l'expansion épidémique de la peste d'Égypte.

Il n'en est malheureusement pas de même pour le choléra; si certaines localités semblent réellement jouir d'une immunité relative contre son développement, comme Lyon, comme Versailles, cette immunité ne se rattache, au moins d'une manière appréciable jusqu'ici, à aucun ordre de faits plus général permettant d'arriver à des conclusions applicables à d'autres localités. Malgré les recherches faites en France par Fourcault, par William Farr en Angleterre, pouvons-nous affirmer que telles conditions d'altitude ou de structure du sol influenceront fatalement la répartition et la gravité des épidémies cholériques? Si, à Londres, les quartiers les plus bas ont été le plus gravement atteints, il n'en est pas de même à Paris, où, en 1832, la zone du Panthéon, la plus élevée de la ville, subit une mortalité relativement considérable; d'après les faits observés aux Indes, il faut bien reconnaître, du reste, qu'il n'existe aucune altitude préservatrice du choléra. Que de fois, d'autre part, les ravages du choléra dans nos départements de l'Ouest, en Bretagne, ou dans les régions montagneuses de la Suisse et de l'Italie, n'ont-ils point prouvé que les sols granitiques et imperméables étaient loin d'être réfractaires à un acclimatement, parfois prolongé, de cette affection!

Ce qui augmente la difficulté de la détermination des caractères des milieux cholériques, c'est que, durant l'évolution d'une épidémie, les conditions de réceptivité des localités semblent se modifier elles-mêmes; et, malgré la permanence des agents d'importation, on ne les voit souvent prendre que successivement l'aptitude à devenir à leur tour le foyer de l'épidémie.

Cette différence et cette variabilité de prédisposition des quartiers d'une grande ville nous semblent les principales causes des allures saccadées de l'évolution épidémique, de ses recrudescences, et, en résumé, de la prolongation de sa durée. Tandis que dans un milieu où tout sera identique, dans une armée en campagne, par exemple, masse composée, en somme, d'unités similaires, soumises à l'influence uniforme d'une même atmosphère, d'une même alimentation, des mêmes fatigues,

---

En finissant, je suis heureux de rappeler les éloquentes péroraisons de deux des plus remarquables travaux sur la matière :

« Revenons aux rites antiques de la crémation, s'écrie J.-B. Ayr. Brûlons dans l'homme ce qui est putrescible, et conservons comme un monument durable ses froides cendres dans une urne d'or. Le cadavre purifié par une flamme immaculée sera plus cher aux hommes, à Dieu et à la religion! »

Le savant recteur de l'Université de Padoue, le professeur Coletti, terminait le premier mémoire qu'il a publié, dès 1857, par cette pensée que je prendrais volontiers pour épigraphe :

« L'homme doit disparaître et non pourrir; il ne doit pas plus se transformer en un amas de pourriture, sources d'exhalaisons immondes et nuisibles, qu'en une momie grotesque, mélange informe de goudrons, de résines et de parfums.

« L'homme doit devenir une poignée de cendres, et rien de plus!! »

Dr Prosper de Pietra Santa.

Faculté de médecine de Paris. — Sont institués près la Faculté de médecine de Paris, savoir :

1er chef de clinique, M. Grancher; — 2e chef de clinique, M. Strauss.

1er chef de clinique suppléant, M. Hybard; — 2e chef de clinique suppléant, M. Ducastel.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Hamy, docteur en médecine, est nommé aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle et attaché spécialement à la chaire d'anthropologie, en remplacement de M. Jacquart, admis à la retraite.

l'épidémie accomplira son cycle en un temps très-court, quinze jours, un mois par exemple, comme on l'a vu maintes fois aux Indes, dans l'armée anglaise, comme on l'a vu aussi dans notre armée, soit dans la Dobrutscha, soit au Maroc; l'épidémie qui pénètre dans une grande ville y trouve au contraire une masse de milieux divers par leur population, par leur hygiène, par les conditions du sol, et ne frappe que successivement, en raison de la différence de leurs prédispositions, les différents quartiers de cette ville.

Notre but, en cette note, est surtout d'étudier la part qui, dans l'épidémie actuelle, peut revenir à deux causes invoquées de longue date, mais plus spécialement dans ces dernières années : 1° l'usage interne de l'eau altérée par les déjections cholériques; 2° les influences atmosphériques.

1° *Influence de l'eau de consommation.* — La dissémination des foyers cholériques dans Paris nous semble un argument contre la thèse, émise dès l'épidémie de 1854, et qui vient d'être reprise récemment par un médecin de l'armée anglaise aux Indes, H. Blanc, thèse d'après laquelle la propagation de ces épidémies dépendrait, d'une manière presque exclusive, de l'ingestion d'eaux souillées de déjections cholériques. Les recherches remarquables faites à Londres par J. Simon, sur l'influence morbifique des eaux de la Tamise imprégnées de ces déjections; le développement, durant la guerre de Crimée, du choléra dans l'armée anglaise qui s'était approvisionnée d'eau à Baltschichk, où venait de camper l'armée française atteinte de diarrhée, ont fait attribuer, surtout en Angleterre, une valeur étiologique considérable à l'usage interne de l'eau altérée par des produits de provenance cholérique. On a même invoqué l'altération constante des eaux du Gange par des produits de ce genre pour expliquer la permanence de l'affection dans son berceau d'endémicité. A ces observations, recueillies sur de grands théâtres, se joint le groupe imposant d'une masse de faits particuliers établissant les prédispositions ou les immunités individuelles de personnes vivant dans des conditions absolument identiques d'ailleurs, et ne différant entre elles que par la provenance des eaux de consommation.

Nous croyons cette doctrine complétement inapplicable à la répartition de l'épidémie actuelle dans les divers quartiers de Paris, dont l'éloignement réciproque et l'atteinte simultanée écartent la pensée de toute infection successive par l'intermédiaire d'un élément bromatologique commun.

Ne voyons-nous pas aujourd'hui, du reste, un épidémiologiste qui a été l'un des plus ardents promoteurs de cette théorie, Pettenkoffer, en reconnaître entièrement l'insuffisance et en proclamer même la complète inanité?

Parmi les faits invoqués à l'encontre de l'influence spécifique des eaux ainsi altérées, les plus remarquables nous sont fournis par l'histoire de ces paquebots chargés d'émigrants indiens, ayant à bord le choléra, descendant chaque année le cours du Gange pour gagner soit l'île Maurice, soit les Indes-Occidentales; ces transports se trouvent parfois dans des conditions hygiéniques déplorables; rien n'est installé pour l'isolement, l'anéantissement de la matière cholérique, pour sa séparation absolue d'avec les approvisionnements du bord; et cependant, en général, l'épidémie s'éteint dès que le bâtiment a gagné la pleine mer. Nous voyons, en revanche, de graves explosions se manifester parfois dans des conditions où l'on a épuisé toutes les ressources de l'hygiène moderne pour assurer la complète salubrité du milieu nautique. Lawson rapporte l'histoire d'un bâtiment de la marine anglaise, le *Windsor-Castle*, qui, en 1866, part de Londres avec un détachement de troupes à destination des Indes-Orientales; on redoutait naturellement, vu les conditions épidémiques du moment, toute cause d'insalubrité : les précautions les plus absolues de désinfection et de propreté furent appliquées à bord; les latrines étaient lavées toutes les deux heures; la maladie éclata, cependant, parmi les passagers et ne cessa qu'à l'arrivée au cap de Bonne-Espérance.

Le choléra n'est pas, du reste, la seule affection dont on ait recherché la propagation dans l'usage alimentaire d'eaux altérées par leur mélange avec les déjections spécifiques; on a émis la même opinion, appuyée de faits, pour la dysenterie et

pour la fièvre typhoïde. Ces deux maladies offrent, avec le choléra, ce double caractère commun : 1° d'entraîner la surabondance et l'altération des évacuations intestinales; 2° de présenter leurs principales lésions sur le trajet du tube digestif, en sorte que l'esprit se laisse volontiers aller à la pensée d'une propagation morbide facilement explicable par la production exagérée du produit pathologique, et par son transport presque immédiat, dans un autre organisme, sur le point même où se développera la lésion caractéristique; cette conception prend l'apparence de simplicité de l'inoculation d'un produit virulent. On sait l'appoint fourni à cette séduisante théorie par le nombre considérable d'organismes microscopiques rencontrés dans les sécrétions intestinales, organismes acceptés d'abord pour des espèces nouvelles, caractéristiques, et qui, pour le choléra, furent, il y a quelques années, la base d'une doctrine (doctrine parasitaire, *pilzthéorie*) qui, aujourd'hui déjà, ne nous paraît plus guère soutenable.

J'admets, pour mon compte, dans l'étiologie de chacune de ces affections, l'influence morbifique de l'eau contaminée par les sécrétions morbides, mais sans considérer cependant cette influence comme spécifique.

Dans un travail sur l'*ingestion des eaux marécageuses comme cause de la dysenterie et des fièvres intermittentes* (1), j'ai réuni des faits prouvant que la dysenterie pouvait résulter de boissons altérées par les principes les plus divers, par les produits de décomposition animale aussi bien que par ceux de putréfaction végétale, et même par les sels inorganiques empruntés aux terrains traversés par les sources ou les cours d'eau.

Je pense qu'il en est de même pour le choléra. La mauvaise qualité des eaux de consommation, qu'elle tienne à la présence de produits simplement putrides ou à celle des déjections intestinales de la population saine ou de la population malade, me semble constituer une cause plutôt banale que spécifique de l'affection; elle produit une véritable sollicitation morbide qui ne me paraît pas plus déterminée, plus virulente, si je puis ainsi dire, que les écarts de régime, les refroidissements, susceptibles d'entraîner des troubles intestinaux, en un moment où la première indication est le maintien de l'état normal des fonctions digestives.

Ce rôle, quoique relativement secondaire, est assez important encore pour que nous insistions sur la nécessité des mesures destinées à préserver de toute souillure les eaux de consommation; c'est en remédiant à toutes les causes d'infection bromatologique que tant de localités, en Angleterre spécialement, paraissent être devenues réfractaires aussi bien au choléra qu'à la dysenterie, à la fièvre typhoïde, et qu'on a vu, en certains districts, diminuer, dans des proportions inouïes, le chiffre de mortalité annuelle par simple diarrhée.

Il serait donc bien dangereux de plaider l'innocuité de l'ingestion des déjections cholériques; quant à leur action morbifique par suite de leur diffusion dans l'atmosphère, nous la considérons comme très-redoutable, comme exigeant l'anéantissement, auprès de chaque malade, des matières excrémentitielles, et nous réprouvons hautement l'imprudence des auteurs qui, pour instituer une doctrine nouvelle de propagation épidémique (2), veulent faire table rase de tant de faits qui démontrent les dangers de ces produits morbides.

2° *Influences atmosphériques.* — La diffusion de l'épidémie actuelle dans les divers quartiers de la capitale et les oscillations de ces derniers jours nous paraissent précisément donner grand intérêt à l'étude d'influences fréquemment invoquées, et récemment étudiées, de nouveau, par les observateurs qui ont pris à tâche de déterminer l'étiologie originelle du choléra dans son berceau d'endémicité, spécialement par deux médecins anglais de l'armée des Indes, Bryden et Cunningham; pour ces deux médecins principalement, c'est bien moins dans les conditions

(1) *Annales d'hygiène*, 1872, t. XXXVIII, 2e série.

(2) Pettenkoffer. *De la propagation du choléra dans l'Inde*; voir l'analyse de ce travail in *Archives de médecine navale*, juin 1873.

telluriques de ce foyer que dans les grands phénomènes météorologiques qui s'accomplissent à sa surface qu'il faudrait rechercher cette cause.

Pour ne nous occuper que du choléra dans ses manifestations épidémiques, en dehors de l'Inde, nous rappellerons qu'on a noté, à diverses époques, la coïncidence des oscillations du fléau avec certains troubles atmosphériques plus ou moins violents, spécialement avec les orages; mais, loin d'arriver à des conclusions identiques sur l'influence de ces météores, les uns les ont considérés comme dangereux, d'autres, au contraire, comme favorables. En 1865, à Amiens, un orage signale le début d'une grave explosion épidémique; la même année, à Ancône, on attribue à un orage la cessation du mal. On peut comprendre, jusqu'à un certain point, que les courants, suscités brusquement dans l'atmosphère, puissent déplacer la cause morbide recélée par le milieu ambiant, purifier, par conséquent, telle localité frappée par l'épidémie, et, au contraire, entraîner sur un autre théâtre l'agent morbifique. Dans mon *Traité des fièvres intermittentes*, j'ai fait ressortir (p. 72) cette différence d'action des vents qui, parfois, sont, pour des villes éloignées de tout foyer palustre, le véhicule de la *malaria*, parfois, au contraire, purifient l'atmosphère des localités avoisinant les marais, en dispersant les couches aériennes imprégnées de miasmes; on sait combien sont dangereux, pour ces localités, les calmes qui maintiennent la stagnation de ces couches atmosphériques. Mais bien des faits témoignent contre la facilité du transport des miasmes cholériques par les mouvements de l'atmosphère; malgré l'importance accordée à ces météores par Bryden, qui les considère comme le principal véhicule de la cause morbide, l'immunité fréquemment constatée de centres de population placés sous le vent d'un foyer cholérique, comme un vaisseau infecté, nous empêche d'accepter, jusqu'à nouvel ordre, cette doctrine; et, somme toute, nous pensons avec notre collègue, M. Desnos (1), que l'on ne peut encore arriver à aucune conclusion précise sur l'action de ces troubles atmosphériques.

Depuis plus de dix jours, l'atmosphère de Paris est le siége, non pas de perturbations brusques et passagères, comme celles que produit un orage, mais de vents continuels et surtout de pluies persistantes; y a-t-il lieu de demander compte à cet état météorologique de la modération relative de l'épidémie actuelle? Parmi les auteurs qui ont étudié avec le plus d'autorité l'influence des qualités sensibles de l'atmosphère sur la production des épidémies cholériques, et qui ont rapporté à cette influence la possibilité de la naissance spontanée de ce fléau, M. Cazalas insiste spécialement sur les dangers du calme et de la sécheresse atmosphériques : « Le fond de l'altération atmosphérique qui prépare peu à peu la constitution cholérique semble résulter d'un calme extraordinaire des vents et de la déviation plus ou moins prononcée de leur direction habituelle, d'une sérénité exceptionnelle du ciel, et d'une sécheresse plus considérable que de coutume (2). »

Pour les partisans de la transmissibilité par l'atmosphère contaminée de germes cholériques, ne peuvent-ils se demander, comme M. Brouardel l'a fait pour la variole, si l'abondance des pluies de ces derniers jours n'a pas entraîné la précipitation de ces germes, et limité peut-être l'expansion épidémique?

Ceux, enfin, qui admettent la théorie allemande des nappes souterraines, à mouvements oscillatoires, verront sans doute dans ces pluies une cause d'élévation de ces nappes et l'annihilation, par submersion, des produits de décomposition auxquels ils attribuent la génération du poison cholérique.

Ces considérations étiologiques soulèvent, on le voit, encore bien des questions dont l'étude sera facilitée certainement par le rapprochement des faits observés ailleurs avec ceux qui se déroulent sous nos yeux. Comme nous ne sommes peut-être encore qu'au début de cette épidémie, et que, jusqu'aujourd'hui, tant de quar-

(1) Article CHOLÉRA, in *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*

(2) Cazalas. *Examen théorique et pratique de la question relative à la contagion ou à la non-contagion du choléra.* (UNION MÉDICALE, 1866, t. XXXI.)

tiers de Paris semblent préservés, il est temps encore de soulever aussi la question de prophylaxie.

Prophylaxie. — Sans vouloir entrer dans l'étude du régime sanitaire à opposer au choléra, nous devons reconnaître que l'épidémie actuelle est de celles dont la prophylaxie prohibitive était le plus difficile; s'étendant aux principales villes de l'Europe avec lesquelles la France est unie par de vastes surfaces continentales, le mal nous englobait par une vaste ligne bien plus difficilement attaquable que les épidémies transmises suivant un parcours unique, déterminé comme celui d'un navire ou d'une caravane. Cette épidémie, en pénétrant par le Havre, fait cependant ressortir une fois de plus la réceptivité exceptionnelle des ports de mer; et l'immunité, jusqu'à ce jour, de nos frontières de terre du Nord et de l'Est, malgré leur voisinage de plus en plus intime des foyers de l'Allemagne, n'a rien d'étrange et correspond à un nombre imposant de faits analogues observés dans les épidémies antérieures.

Quant aux mesures prohibitives locales, nous reconnaissons toute la valeur des pratiques suivies à Munich, à Bâle, à Milan même, où l'on a évacué immédiatement les maisons et les quartiers atteints et, d'avance, limité le chiffre probable des victimes. Cette méthode, l'évacuation du foyer cholérique, est aujourd'hui pratiquée chaque jour dans la médecine des armées; des camps sanitaires sont institués aux Indes par les médecins anglais pour recevoir immédiatement les garnisons des villes atteintes, absolument comme ils ont été institués dans notre armée, soit à Gallipoli par Michel Lévy, soit dans différentes épidémies de nos garnisons d'Afrique. Dans notre travail sur les quarantaines, nous avons longuement insisté, en les étudiant sous le titre de *Mesures d'ordre social* (1), sur ces méthodes essentiellement rationnelles, applicables à toutes les maladies pestilentielles, et heureusement substituées aux pratiques barbares des anciens règlements sanitaires qui séquestraient les malades dans leurs maisons. Faisons remarquer cependant que ces mesures, facilement applicables à des masses rapidement mobilisables comme l'armée, dans des pays à température assez douce pour permettre l'installation sous la tente ou en plein air, dans des régions enfin où la population est assez clair-semée pour ne pas s'opposer à ces déplacements, deviennent singulièrement difficiles dans les pays froids, dans les grandes villes, dans celles surtout où la population d'une même maison atteint un chiffre élevé, et où l'atteinte d'un seul individu entraînerait l'évacuation obligatoire d'une centaine d'autres habitants.

Sur la question d'installation nosocomiale, je n'oserais, d'après les documents réunis dans cette Société lors de la dernière épidémie, me prononcer formellement pour ou contre les avantages de l'isolement des cholériques, tel qu'il a été pratiqué dans les hôpitaux civils de Paris; mais une expérience qui n'a pas encore été faite à Paris, c'est celle de l'installation de ces malades dans des établissements qui leur soient exclusivement consacrés, dans des hôpitaux spéciaux.

1° Je ne pense pas que ces établissements soient dangereux pour les malades eux-mêmes; j'ai vu, comme bien d'autres l'ont vu, des services renfermant simultanément plus de cent cholériques sans qu'il se soit rien produit indiquant une aggravation de leur état comme résultant de cette réunion; il y aurait eu bien plus d'inconvénients à réunir ainsi, soit des typhiques, soit des dysentériques, soit même des blessés. Je doute cependant que des agglomérations très-considérables de cholériques puissent offrir, au point de vue des malades eux-mêmes, cette innocuité réciproque dont j'ai donné les preuves pour les agglomérations de varioleux, d'après les faits observés à Bicêtre, pendant le siége de Paris.

2° Quant à l'avantage de ces installations pour l'ensemble de la population, et spécialement de la population hospitalière, cet avantage me semble si évident et si naturel, que je ne crois point qu'il y ait à en démontrer la valeur; je me bornerai à rappeler, comme fait récent, l'immunité presque absolue, en 1866, de la ville de Copenhague, immunité attribuée par le directeur de la santé de cette ville, le doc-

(1) Léon Colin. *Des quarantaines*, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 3e série, t. I, p. 114.

teur Schleisner (1), à l'installation immédiate, dans un hôpital situé hors des faubourgs, de quelques individus qui avaient été atteints, soit dans la rade, soit dans la ville elle-même.

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Bellême (Orne), ce 17 septembre 1873.

Monsieur le rédacteur,

Voulez-vous me permettre, au début d'une nouvelle invasion du choléra épidémique, de venir rappeler en quelques lignes à vos lecteurs l'enseignement que le docteur J. Bouley, médecin de l'hôpital Necker, avait tiré des épidémies de 1865-66, enseignement que j'ai recueilli dans ma thèse inaugurale (1871), en l'accompagnant d'un mémoire de ce maître *Sur la nature et le traitement du choléra* (2) ?

I. *Il n'y a pas de spécifiques du choléra.* Voilà pourtant le défilé des spécifiques qui commence dans les journaux.

II. Distinguer les formes cliniques du choléra et satisfaire aux indications thérapeutiques qui se présentent comme dans les maladies ordinaires.

1° *Choléra suraigu ou foudroyant.* — Pas de médicaments (non-absorption), pas de stimulants internes ni externes. Abstimulation ; frictions seulement pour calmer la douleur des crampes. On enveloppe le cholérique de couvertures de laine bien chaudes dans une chambre chauffée, et on lui donne à boire (une gorgée toutes les dix minutes) de l'eau glacée, de la glace pilée, ou du pale-ale glacé. (Procédé de sudation.)

2° *Choléra grave.* — Le seul stimulant externe qui puisse être applicable est l'hydrothérapie, dont il convient de mesurer l'action suivant l'état des forces du sujet. A cette fin, nous conseillons trois procédés hydrothérapiques, qui marquent trois degrés dans l'énergie de la stimulation :

A. Enveloppement dans un drap mouillé, et recouvrir de couvertures de laine.

B. Affusions froides dans une baignoire, frictions pour sécher le cholérique ; l'envelopper tout de suite dans une couverture de laine.

C. Douche en pluie ou en jet. (Ce procédé ne convient que dans les choléras subalgides, contre les états nerveux, cardialgie, éréthisme gastrique, etc.)

L'hydrothérapie, en effet, répond à deux ordres d'indications :

1° *Comme médication perturbatrice*, elle présente une action utile et salutaire contre les troubles nerveux et ataxiques, elle rompt le type récurrent algide des formes réfractaires ;

2° *Comme stimulant général*, elle combat le spasme vasculaire (état asphyxique), rétablit la circulation périphérique, favorise le retour de la respiration normale, de la chaleur, de l'absorption, etc. Enfin, par son action hypercrinique, elle provoque l'élimination du poison cholérique, ou, au moins, par son action révulsive à la peau, elle tend à diminuer le flux intestinal.

Les contre-indications à l'hydrothérapie se tirent : 1° de l'âge et de la constitution du sujet : sénilité, faiblesse constitutive déterminant une inaptitude à la réaction, maladies du cœur, ichthyoses, etc. ; 2° de l'état des forces, *sideratio virium*, état asphyxique très-avancé, asthénie profonde, pouls effacé.

La médication tempérante constitue surtout le traitement interne : pale-ale glacé, glace, champagne frappé. Les toniques, et principalement les stimulants internes, doivent être donnés avec beaucoup de réserve, en consultant l'état des forces et la susceptibilité gastrique (vin de Bordeaux, de Malaga.) Dans l'épidémie de 1866, c'est la bière anglaise glacée que les cholériques supportaient le mieux.

3° *Formes réfractaires.* — L'ipécacuanha peut trouver ici son indication comme modificateur des surfaces gastro-intestinales que menace une phlegmorrhagie excessive, comme évacuant d'un état bilieux qui entrave la réaction, enfin comme agent chargé d'appeler à la peau un mouvement d'émonction tout à la fois révulsif et dépurateur. L'affusion froide aussi peut trouver dans ces formes son indication bien manifeste.

4° *Formes composées* (fausses réactions).— Ici il ne faut plus guère compter sur l'hydrothérapie, pas plus que sur les autres stimulants internes ou externes pour favoriser la réaction. Il n'y a tout au plus que dans la forme méningitique (ataxo-adynamique) que l'on pourrait

(1) Voy. Schleisner. *Le choléra à Copenhague en* 1866 ; *mesures adoptées contre sa propagation*, in *Brit. and for. med. chir. review*, t. XLVIII, 1871 ; et in *Dict. encycl. des sciences médicales*, 3e série, t. I, p. 150.

(2) Chez Coccoz, libraire, 32, rue de l'École-de-Médecine.

tenter l'affusion froide à titre d'agent perturbateur. Les toniques et les nervins seront la seule ressource d'une médication le plus souvent impuissante.

Disons, pour finir, que si Bouley était très-discret et circonspect à l'endroit de la stimulation tant interne qu'externe (même pour l'hydrothérapie), dans le traitement du choléra, il ne craignait pas, dans les formes asthéniques de la convalescence, de donner les toniques et le vin, en particulier, jusqu'à déterminer une légère ébriété.

Si cette lettre ne vous paraît pas déjà trop longue, je citerai un passage de ma thèse à propos de la diarrhée dite prémonitoire, au sujet de laquelle il se fait beaucoup de bruit à l'Académie en ce moment : « La diarrhée prémonitoire n'a pas de caractères spécifiques ou nosologiques; elle n'offre qu'un caractère de multiplicité ou de coïncidence. C'est un véritable *caput mortuum* dans lequel on comprend : 1° la diarrhée prodromique du choléra (qu'on n'arrêtera pas, quoi qu'on dise, avec une potion opiacée); 2° les diarrhées simples, catarrhales, bilieuses et autres qui peuvent exister en temps d'épidémie cholérique; 3° enfin, les diarrhées de misère ou par écarts de régime. » — Après avoir dit qu'il était bon de surveiller ces diarrhées par des visites domiciliaires pour fermer cette porte ouverte à l'influence épidémique, j'ajoute : « Mais il ne faut pas non plus se faire illusion, et M. Jules Guérin nous semble, à cet égard, professer deux erreurs : la première, que la diarrhée soit toujours le prodrome obligé du choléra; la seconde, qu'on puisse arrêter d'emblée, au début, par une médication appropriée, tous les flux, de quelque nature qu'ils soient, voire même la diarrhée prodromique du choléra grave. » Il semble, en effet, à entendre M. Guérin, que si tous les Parisiens se constipaient en ce moment avec du bismuth et un peu d'opium, demain il n'y aurait plus de choléra à Paris.

Je viens de lire avec plaisir dans votre journal, Monsieur le rédacteur, les réflexions très-justes et très-médicales de M. le docteur Besnier, qui fait, dans son rapport, justice de cette étrange théorie.

Recevez, Monsieur le rédacteur, etc. Dr ROBBE.

URÉTHROTOMIE

MÉMOIRE SUR L'URÉTHROTOMIE (1);

Par le docteur NOTTA,

Chirurgien de l'hôpital de Lisieux, lauréat de l'Académie de médecine, Membre correspondant de la Société de chirurgie, etc.

OBS. IV. — *Rétrécissement calleux. — Uréthrotomie. — Récidive. — Nouvelle uréthrotomie. Guérison.*

L..., propriétaire à Norolles, est âgé de 50 ans. A l'âge de 17 ans, il contracte une chaudepisse; elle dure un an et est traitée par des injections. En 1851, à l'âge de 30 ans, il contracte un nouvel écoulement qui ne cesse qu'au bout de dix-huit mois, après l'emploi de nombreuses et diverses injections.

Quelques années après, il commence à éprouver un peu de difficulté à uriner. Cette difficulté augmente insensiblement, et il finit par n'uriner que par un petit jet très-ténu. Souvent, sous l'influence de la fatigue, des douleurs atroces se manifestaient dans le canal, et l'urine ne sortait plus que goutte à goutte; il prenait alors du repos, et le cours des urines se rétablissait.

Cet état durait depuis dix ou douze ans sans que le malade se décidât à faire aucun traitement lorsque, le 17 juillet 1867, il fut pris de rétention d'urine complète. Après des difficultés inouïes, je parvins à faire pénétrer dans la vessie une bougie filiforme qui fut maintenue à demeure. On la remplaça par des bougies d'un volume de plus en plus gros, puis on passa des sondes Béniqué, mais il fut impossible d'aller au delà d'une sonde de 5 millimètres, à cause de deux rétrécissements calleux des plus durs, situés, le premier au milieu de la portion pénienne du canal, et le second au-dessous du pubis. Je pratiquai alors l'uréthrotomie, le 1er août, avec mon uréthrotome. Aucun accident ne survint, et, le 13 août, il retournait chez lui, pouvant introduire dans le canal des sondes Béniqué de 9 millimètres. Malheureusement je ne pus jamais lui apprendre à se sonder lui-même.

Au bout de dix-huit mois, le rétrécissement s'était reproduit, et le malade se trouvait de nouveau menacé d'une rétention d'urine. Je le fis venir à Lisieux le 8 mai 1869; en trois jours, à l'aide de bougies à demeure, je dilatai le canal de l'urèthre, de manière à pouvoir

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 6 et 13 septembre.

faire le cathétérisme avec des sondes Béniqué, et, au bout de trois jours, je pratiquai de nouveau l'uréthrotomie avec mon uréthrotome courbe. Sept jours après, il retournait chez lui, pouvant introduire dans la vessie des sondes métalliques de 8 à 10 millimètres.

Depuis cette époque, cet homme revient chez moi tous les mois ou toutes les six semaines pour que je lui passe des sondes Béniqué n°s 45, 47, 50; de cette façon, la miction se fait facilement; mais on sent très-bien, à la constriction du canal, que si on négligeait l'usage des sondes, le rétrécissement ne tarderait pas à se reproduire.

Obs. V. — *Rétrécissement calleux opéré en 1853. — Récidive. — Nouvelle uréthrotomie en 1872. — Guérison.*

Je résume la première partie de cette observation, qui a été publiée dans tous ses détails dans l'Union Médicale (*loc. cit.*, p. 98).

Le 18 décembre 1853, M. T..., alors âgé de 29 ans, atteint d'un rétrécissement calleux de toute la portion pénienne de l'urèthre, qui débuta à l'âge de 22 ans, fut opéré par moi avec l'uréthrotome de Robert, après dilatation préparatoire. Deux ans après, malgré une nouvelle blennorrhagie, le canal avait conservé son calibre, parce que le malade se passait de temps en temps une sonde de 7 millim. 1/2; mais il ne tarda pas à négliger ce soin, et, sous l'influence de blennorrhagies répétées, le rétrécissement se reproduisit, et le 30 décembre 1871, appelé de nouveau auprès de M. T..., je le trouvai dans l'état suivant :

La miction se fait depuis trois mois goutte à goutte, il y a incontinence d'urine. Depuis trois semaines, des tentatives infructueuses, quoique bien dirigées, ont été faites pour introduire des bougies coniques. Sur le trajet du canal, au niveau des bourses, on sent une tumeur dure, presque indolente, oblongue, du volume du pouce et ayant environ 4 à 5 centimètres de longueur. Je cherche à introduire une bougie filiforme à plusieurs reprises, sans aucun succès.

Le 31 décembre, les tentatives d'introduction de la bougie ne réussissent pas mieux. J'incise alors largement l'abcès urineux du scrotum. Ses parois sont dures, comme cartilagineuses. Cataplasmes; repos au lit.

Le 1er janvier, j'introduis facilement une bougie filiforme, elle est fixée à demeure dans le canal. Les jours suivants on augmente progressivement le volume de la bougie à demeure.

Le 11 janvier, on commence à introduire des sondes Béniqué.

Le 18 janvier, on a obtenu le maximum de dilatation que comporte le canal, c'est-à-dire 5 millimètres. L'uréthrotome est introduit jusqu'au col de la vessie, et est retiré tout armé, après avoir parcouru toute la longueur du canal. Je le réapplique une seconde fois pour plus de sûreté. Puis une sonde en gomme élastique est maintenue à demeure.

19 janvier. Apyrexie. État très-satisfaisant. Cathétérisme avec une série de sondes métalliques de 7 à 10 millim. de diamètre.

21 janvier. La sonde à demeure est supprimée. Cathétérisme tous les matins les jours suivants.

Le 1er février, je cesse mes visites. Le malade urine très-librement, et me promet de se passer désormais, tous les quinze jours, deux ou trois sondes de 7 à 8 millimètres de diamètre.

J'ai rapporté les deux observations qui précèdent comme exemples de récidives des rétrécissements après l'uréthrotomie. Dans la première, la récidive provient uniquement de la négligence du malade, et ce qui le prouve d'une façon irréfutable, c'est que depuis deux ans qu'il a été opéré pour la seconde fois, la seule précaution de se faire sonder une dizaine de fois par an empêche le canal de se rétrécir.

Dans la seconde observation, nous avons une double cause de récidive : la négligence du malade, d'abord, et ensuite les nombreuses blennorrhagies qu'il a contractées depuis qu'il a subi la première opération, et encore ces inflammations de la muqueuse uréthrale ont été moins pernicieuses que l'absence complète de cathétérisme. Nous voyons, en effet, que le canal avait conservé son calibre deux ans après la première uréthrotomie, malgré une blennorrhagie, parce que le malade avait alors le soin de se passer une sonde de 7 millimètres 1/2 de temps en temps. On ne saurait donc trop insister auprès des malades pour qu'ils continuent l'usage des sondes comme nous l'avons indiqué.

Notre manière de pratiquer l'uréthrotomie présente le grand avantage d'être exempte d'accidents. Sur 55 cas, nous n'avons eu que deux complications graves

(un abcès pelvien et des accès pernicieux) qui auraient bien pu survenir avec l'emploi de tout autre uréthrotome et de toute autre méthode opératoire, et qui, en définitive, se sont terminées par la guérison.

Si, aux 55 faits qui font l'objet de ce travail, nous ajoutons les 5 cas que nous avons publiés antérieurement (*loc. cit.*), nous avons un total de 60 guérisons pour 60 opérés.

On peut, il est vrai, nous objecter que l'uréthrotomie d'emblée, sans dilatation préalable, qui consiste à prendre pour conducteur la petite bougie sur laquelle on visse l'uréthrotome, telle, en un mot, que la préconise M. Maisonneuve, procure des guérisons beaucoup plus promptes et surtout fait cesser instantanément les accidents plus ou moins graves qui accompagnent les rétrécissements arrivés à leur dernière période.

Le fait est possible; seulement je demanderai à tous les chirurgiens qui en ont fait usage, si les guérisons sont durables, et surtout si ce mode de traitement présente une innocuité complète. Certains faits que je n'ai pas observés moi-même, mais qui sont arrivés à ma connaissance par des médecins dont le témoignage ne saurait être mis en doute, me donnent à penser que l'emploi de l'uréthrotome de M. Maisonneuve n'est pas toujours exempt de danger. D'ailleurs, il n'est pas toujours aussi facile à manier que l'on veut bien le dire. L'observation suivante en est une preuve.

Obs. VI. — *Rétrécissement de l'urèthre. — Incontinence d'urine. — Uréthrotomie. — Guérison. Autopsie deux mois après.*

B..., terrassier, âgé de 46 ans, entre, le 5 septembre, à l'hôpital de Lisieux.

Cet homme, d'une constitution robuste, a eu une seule chaudepisse dans sa vie, à l'âge de 18 ans. Elle a été traitée et guérie par des potions; il n'a jamais fait d'injection. A l'âge de 25 ans, il contracte des chancres sur la verge, mais ils ne sont suivis d'aucun accident constitutionnel.

Il avait toujours bien uriné, lorsque, il y a cinq ans, sans cause appréciable, il éprouve dans certains moments de la difficulté dans la miction. Cette gêne n'était pas permanente, mais elle devenait insensiblement plus fréquente, lorsque, il y a trois mois et demi, elle augmenta et il se mit à uriner involontairement jour et nuit. Il ne se relevait pas la nuit pour uriner, mais son lit était tout mouillé par l'écoulement incessant de l'urine. C'est dans cet état qu'il se présenta dans nos salles.

Le cathétérisme, pratiqué avec des bougies de 1 à 2 millimètres de diamètre qui pénètrent assez facilement dans la vessie, nous permet de constater que le canal est dur, rugueux dans toute sa longueur, et présente des alternatives de rétrécissement et de dilatation.

Le 10 septembre, l'application des bougies à demeure détermine des accès de fièvre. On cesse l'usage des bougies et on donne pendant trois jours, en une fois, 0,60 centig. de sulfate de quinine en potion. La fièvre tombe et on reprend la dilatation avec des bougies.

Le 18 septembre, une bougie de 3 millimètres 1/2 pénétrant facilement dans la vessie, j'essaie d'introduire l'uréthrotome de M. Maisonneuve armé de sa bougie conductrice. La bougie pénètre facilement dans la vessie, mais l'extrémité de l'uréthrotome, arrivée au niveau de l'arcade pubienne, rencontre un obstacle contre lequel elle butte et qu'il est impossible de franchir sans s'exposer à faire une fausse route. Après plusieurs tentatives infructueuses, je reprends la dilatation à l'aide de bougies que je laisse à demeure.

Le 23 septembre, on peut faire pénétrer dans la vessie des sondes Béniqué de 5 à 6 millimètres. On continue le 24 et le 25. Après avoir essayé en vain d'introduire l'uréthrotome de M. Maisonneuve, qui heurtait contre un obstacle au niveau de la portion courbe de l'urèthre, je fis pénétrer facilement mon uréthrotome dans la vessie, et j'incisai le canal dans toute sa longueur en le retirant tout ouvert. Immédiatement un cathéter de 1 centimètre de diamètre peut pénétrer dans la vessie. Une sonde à demeure est fixée dans le canal.

A partir de ce jour l'incontinence d'urine cesse pour ne plus reparaître.

Le 26. Il a eu hier un accès de fièvre. Il va bien, du reste. Sulfate de quinine dissous : 0,60 centigrammes.

Le 27. Il va très-bien. Cathétérisme avec des sondes de 8 à 10 millimètres. On continue le sulfate de quinine.

Le 28, on supprime la sonde à demeure. Cathétérisme.

Le 30. Il a eu hier un accès de fièvre violent. On reprend le sulfate de quinine, 0,60 cen-

tigrammes, et on le continue pendant deux jours de suite. On continue le cathétérisme avec les grosses sondes Béniqué les jours suivants.

Le 5 octobre. Anorexie. On cesse l'emploi des sondes Béniqué pendant huit jours. (Vin de quinquina; quassia amara.)

Le 12 octobre. On recommence à passer des sondes; le canal n'est pas rétréci, et, le 14 octobre, le malade sort parfaitement guéri.

Le 15 décembre. Cet homme rentre à l'hôpital, dans les salles de médecine. Il est dans un état de maigreur extrême, ne peut plus digérer, et est d'une grande faiblesse. Il est sans fièvre. Il urine très-facilement, sans aucune douleur; il n'a pas d'incontinence; son urine est très-claire.

Le 27 décembre. On m'apprend qu'il est mort la veille.

Je m'empresse d'examiner la vessie et l'urèthre. La vessie est distendue par un verre et demi d'urine claire, limpide, parfaitement normale. Le canal de l'urèthre, disséqué avec soin, ne présente à l'extérieur rien de particulier. Après l'avoir séparé des corps caverneux, on l'ouvre en suivant sa paroi supérieure. On voit alors que le calibre de l'urèthre est égal et normal dans toute sa longueur. Sur sa face inférieure, on observe deux sillons longitudinaux de 1 millimètre de diamètre, d'une coloration un peu bleuâtre qui tranche sur la coloration blanche de la muqueuse uréthrale. Au niveau de la portion sous-pubienne, un de ces sillons, le gauche, s'élargit progressivement et arrive à avoir une largeur de 5 à 6 millimètres dans une longueur de 25 millimètres; puis il se continue sur la gauche du veru montanum pour former la paroi inférieure d'un cul-de-sac qui a 15 millimètres de profondeur, et se termine près du col de la vessie, à 1 centimètre en arrière du veru montanum. Ce cul-de-sac, qui ne saurait être mieux comparé qu'à une des valvules sigmoïdes, est constitué, d'une part, par la paroi inférieure de l'urèthre, tapissée d'une membrane muqueuse très-fine et, d'autre part, par la muqueuse uréthrale, blanchâtre, épaissie, ressemblant à une valvule aortique. Ce cul-de-sac peut admettre une sonde de 6 millimètres. La muqueuse de la vessie est saine et ne présente aucune trace de ramollissement. Au niveau de son bas-fond, elle présente une teinte légèrement ardoisée.

Cette autopsie, la seule que j'aie eu occasion de faire après l'uréthrotomie, nous offre un véritable intérêt. D'abord, nous constatons que les coarctations et les indurations du canal ont disparu, que le calibre de l'urèthre est normal et qu'il n'a aucune tendance au rétrécissement, bien que, depuis plus de deux mois, ce malade n'eût été sondé. Ensuite, nous trouvons, dans le point qui était le siége du principal rétrécissement, un cul-de-sac profond que j'ai minutieusement décrit. Quelle est son origine? A-t-il été produit par nos tentatives de cathétérisme, ou bien leur est-il antérieur? Sans trancher la question d'une façon absolue, j'inclinerais volontiers à croire qu'il a précédé l'uréthrotomie, et qu'il est probablement la trace d'un abcès qui ne serait peut-être pas étranger à cette incontinence d'urine, qui ne datait que de trois mois et demi lors de l'entrée du malade à l'hôpital. En effet, les premières explorations ont été faites avec des bougies de gomme élastique très-petites, leur introduction a toujoujours été très-facile; plus tard, à deux reprises différentes, et quoique le canal fût assez dilaté pour permettre l'introduction de sondes de 3 à 6 millimètres, nous n'avons pu faire pénétrer l'uréthrotome de M. Maisonneuve, toujours la bougie s'est infléchie au niveau du petit manchon métallique dans lequel elle est fixée, et nous sentions cette partie heurter contre une bride de l'urèthre et ne pas s'engager dans la vessie. Ces tentatives ont été faites avec ménagement et n'ont jamais amené d'hémorrhagie; on ne saurait donc leur attribuer la formation de cette fausse route. Il est même bien probable que c'est parce que ce cul-de-sac existait que l'instrument s'y engageait, à cause de son petit volume; tandis qu'une grosse sonde de 5 à 6 millimètres à bout arrondi passait en déprimant le bord libre de cette espèce de valvule. C'est pour le même motif que notre uréthrotome a pénétré facilement dans la vessie.

On peut aussi se demander si la formation du cul-de-sac n'est pas postérieure à l'uréthrotomie et n'a pas été produite par le passage des sondes Béniqué. En toute sincérité, je ne le pense pas, n'ayant employé aucune force pour les faire pénétrer dans la vessie; jamais malade n'a été sondé plus facilement, et, à part les quelques accès de fièvre, jamais opération n'a marché plus régulièrement et avec des résul-

tats aussi satisfaisants, et il me semble qu'une semblable fausse route aurait dû donner lieu à des accidents qui n'auraient pas passé inaperçus.

Chez un autre malade, dont le rétrécissement extrêmement développé était situé au milieu de la portion pénienne de l'urèthre, nous avons essayé d'employer au début l'uréthrotome de M. Maisonneuve, et nous avons été frappé des mêmes difficultés que dans l'observation précédente. La bougie passait bien, mais l'ajutage métallique ne la suivait pas et heurtait contre la paroi uréthrale, de sorte que, si nous avions insisté, nous aurions pu faire une fausse route. Je ne prétends pas qu'il en soit toujours ainsi, mais incontestablement le fait peut se produire, et c'est un danger avec lequel il faut compter et qui ne saurait jamais se présenter avec notre manière de pratiquer l'uréthrotomie.

En résumé, 55 malades atteints de rétrécissements calleux, dont un tiers présentaient les complications les plus graves : infiltrations urineuses, abcès urineux, etc., ont été opérés par l'uréthrotomie, en s'entourant des précautions que nous avons indiquées. Tous sans exception ont guéri.

Les complications qui sont venues retarder la guérison et qu'on ne saurait attribuer uniquement à l'uréthrotomie sont :

Deux fois une orchite ;
Une fois un abcès pelvien ;
Une fois des accès de fièvre.

Chez tous les autres malades la guérison a été prompte et la durée du traitement, à partir du jour où une bougie, quelque petite qu'elle fût, a pu franchir le rétrécissement, a varié entre vingt et trente-cinq jours.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 septembre 1873. — Présidence de M. Devergie.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Charles Coste, qui annonce la mort de M. Coste (de l'Institut), membre associé libre de l'Académie de médecine.

2° Une lettre de M. le docteur Boëns, membre de l'Académie de médecine de Bruxelles, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Note sur la symptomatologie, l'étiologie et le traitement du choléra épidémique.*

3° Une lettre de M. Bobée-Galli, relative au traitement du choléra.

4° Une lettre de M. Remy-Deviers, rédacteur médical au journal le *Moniteur universel*, qui demande que l'Académie de médecine veuille bien rédiger une *Instruction populaire* sur les moyens prophylactiques à employer pour se garantir des atteintes du choléra, et sur les premiers secours à donner aux malades.

(M. le Président fait observer que le Comité consultatif d'hygiène et de salubrité s'est occupé de cette question et publiera, s'il y a lieu, cette instruction populaire, devenue moins urgente par le déclin de l'épidémie actuelle.)

5° Une note de M. Latour, pharmacien principal à l'hôpital Saint-Martin, sur la *Préparation du glycéré de sucrate de chaux et de son emploi pour la préparation du liniment calcaire.* (Com. MM. Moutard-Martin, Poggiale et Giraldès.)

6° Une lettre de M. le docteur Brochin, exposant les résultats des recherches qu'il a faites en 1849 au sujet de la diarrhée prodromique.

Sur 131 observations, l'existence de prodromes a été signalée 94 fois. Ce chiffre de 94 cas de prodromes se décompose ainsi :

Diarrhée soit seule, soit coïncidant avec d'autres phénomènes prodromiques. . . .	85
Prodromes autres que la diarrhée (coliques, céphalalgie, vomissements, malaises, courbature, troubles nerveux divers).	9
Dans 15 cas le choléra a éclaté pendant le cours d'une maladie aiguë ou chronique.	15
Dans 13 cas le choléra a débuté d'emblée, sans avoir été précédé de diarrhée ou d'autres phénomènes prodromiques appréciables	13

Dans 9 cas il a été impossible d'obtenir aucun renseignement sur l'existence ou l'absence de prodromes.

Ainsi, en éliminant ces 9 cas douteux ou nuls, on trouve, sur un total de 122 faits, 85 de diarrhée prodromique, 9 de prodromes divers, 15 de maladie antécédente, 13 de choléra d'emblée.

Pendant l'épidémie de 1853 à 1854, M. Brochin, chargé, en qualité de membre de la commission d'hygiène de l'ancien XIe arrondissement de Paris, de l'un des services de visites préventives instituées à titre d'essai par les soins de la municipalité, a réuni un assez grand nombre de faits relatifs à la diarrhée prodromique.

Le chiffre des cas de choléra qu'il a constatés soit au moment même de ses visites, soit antérieurement, s'élève à 92.

Sur ces 92 malades, il a pu savoir 70 fois, soit auprès des malades eux-mêmes, soit auprès de leurs parents ou de leurs proches, quel avait été le début de la maladie.

Il a constaté l'existence de prodromes 56 fois, savoir : diarrhée datant d'au moins 1 jour, 52 fois. La colonne des cas dits d'emblée ou foudroyants, c'est-à-dire sans prodromes appréciables, ou n'ayant été précédés d'une diarrhée que de quelques heures seulement, comprend 16 cas; 9 sont indiqués comme douteux, les renseignements ayant été vagues ou insuffisants; 13 fois il y a eu absence absolue de renseignements, le fait seul du choléra étant connu.

Ainsi, élimination faite de 22 cas pour absence ou insuffisance de renseignements, on se trouve en présence de 70 cas, sur lesquels on a constaté l'existence de prodromes 53 fois, et explosion brusque de la maladie 16 fois.

M. Brochin rappelle ensuite le résultat général consigné dans le rapport du Conseil d'hygiène sur le choléra de 1853-54, en ce qui concerne les visites préventives dans tous les quartiers de Paris et la constatation des prodromes.

Sur 6,903 bons bulletins (627 sur le total de 7,530 ayant été éliminés comme nuls ou insuffisants), on trouve que la diarrhée prémonitoire a précédé le choléra de six heures au moins 4,983 fois; et seulement 619 fois on a constaté qu'il n'y avait pas eu de diarrhée. D'autres symptômes prodromiques ont été constatés dans la plupart de ces cas. Enfin, le rapport constate que les malades signalés comme ayant été frappés de choléra d'emblée, sans prodromes, étaient déjà atteints de maladies graves ou convalescents de maladies antérieures.

M. Brochin conclut qu'une diarrhée, quelle qu'en soit la nature, et qu'il appelle de préférence, avec les Anglais, *prémonitoire*, pour ne rien préjuger relativement à sa valeur prodromique, précède, dans le plus grand nombre des cas, l'invasion de symptômes cholériques, fait d'une importance capitale au point de vue de la prophylaxie du choléra, et dont la première notion est due à M. J. Guérin.

7° Une lettre de M. le docteur Netter (de Strasbourg), sur la *Guérison des diarrhées de la constitution médicale actuelle par les boissons acqueuses administrées coup sur coup.* (Com. du choléra.)

—

M. DELPECH présente le tableau de l'épidémie cholérique du 16 au 22 septembre inclusivement :

	Hôpitaux civils. Entrées.		Décès.	Hôp. mil. Décès.	Domicile Décès.	Totaux par jour.
16 septembre.	13	(dont 7 intér.)	9	0	9	18
17 —	14	5	7	0	11	18
18 —	15	7	14	0	13	27
19 —	9	2	3	0	11	14
20 —	11	2	5	1	3	9
21 —	0	0	7	0	4	11
22 —	7	5	2	?	4	6
Total. . . .	69		47	1	55	103

« Les faits qui résultent de cette statistique sont très-satisfaisants. La mortalité totale de la semaine a baissé de près d'un tiers, et cette diminution porte presque exclusivement sur les quatre derniers jours. La journée d'hier, 22 septembre, n'a donné que 6 décès, dont 4 à domicile et 2 seulement dans les hôpitaux civils. Les hôpitaux militaires n'ont enregistré, sur six jours, qu'un seul décès; les renseignements manquent pour le 22 septembre.

Il n'est pas entré un seul cholérique dans les hôpitaux civils le 21, et il n'en est entré que 2 venant du dehors le 23; 5 ont été atteints dans les salles. Pour toute la semaine, on remarque que, sur les 69 malades entrés en traitement, 41 venaient du dehors, 28 avaient été frappés dans l'hôpital. Ce dernier chiffre a une importance qu'on ne peut méconnaître, au point de vue des avantages que présente l'isolement absolu des cholériques. Toutefois, des renseignements que je tiens d'un interne de l'hôpital Saint-Louis, M. Renault, il résulte que, du 29 août au 10 septembre, 17 cholériques y avaient été traités; 6 seulement venus du dehors et

11 développés à l'intérieur préalablement à toute introduction de malades extérieurs, puisque le premier qui fut admis dans ces conditions ne l'avait été que le 9 septembre. On ne peut donc, dans cette circonstance, accuser le contact des cholériques introduits dans un service hospitalier d'avoir été l'origine du développement d'une épidémie intérieure.

On avait prétendu que l'influence du sexe avait été très-marquée dans l'épidémie actuelle et que le nombre des femmes atteintes avait été beaucoup plus élevé que celui des hommes. Sans avoir de chiffres exacts à présenter, je puis dire dès à présent qu'aucune différence importante ne s'est produite dans ce sens.

Les communes suburbaines paraissent jusqu'à présent presque indemnes. Deux décès seulement y ont été signalés. »

—

M. Hervieux présente une sonde intra-utérine à double courant, imaginée par M. le docteur Belin.

— M. le Président annonce la mort si regrettable de M. Nélaton, membre et ancien président de l'Académie de médecine. Le bureau tout entier et une députation de l'Académie assistent à ses obsèques, qui ont lieu en ce moment.

A la demande générale et pour honorer la mémoire de M. Nélaton, la séance est immédiatement levée. — Il est trois heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 juillet 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Sommaire. — Suite et fin de la discussion sur les polypes naso-pharyngiens. Une question de priorité entre les chirurgiens français et les chirurgiens allemands.

M. Chassaignac a occupé la plus grande partie de deux séances à lire un long travail sur les polypes naso-pharyngiens, dont la majeure partie est employée à la revendication de la priorité du procédé opératoire à lambeau nasal contre MM. Bœckel (de Strasbourg) et M. Paul Bruns (de Tubingen).

Le procédé à lambeau nasal a été mis en pratique dès 1854 par M. Chassaignac, pour faciliter l'application de la chaîne de l'écraseur linéaire, instrument indispensable, suivant lui, dans les opérations de polypes naso-pharyngiens, car les malades n'ont pas de sang à perdre. M. Chassaignac rejette d'ailleurs l'ablation complète du maxillaire supérieur; l'ablation partielle suffit le plus souvent, et la destruction du plancher de l'orbite est complétement inutile.

M. Ollier, de Lyon, membre correspondant, qui assiste à la séance, expose les résultats des opérations de polypes naso-pharyngiens qu'il a pratiquées par un procédé qui lui est propre et qui consiste à ouvrir largement les voies nasales. Il a appliqué son procédé dans dix-huit cas de polypes naso-pharyngiens proprement dits, c'est-à-dire avec absence de tumeurs mixtes ou fibro-plastiques. L'opération préliminaire est simple, rapide. Faite trois fois chez le même individu, elle n'a pas laissé de cicatrice très-apparente, et la réunion a toujours été facile. La voie nasale permet de voir le polype mieux que ne le fait la voie palatine; c'est celle qui éclaire le mieux. Cette voie peut être ensuite fermée immédiatement; quand on a bien ruginé, il n'est pas nécessaire de maintenir l'ouverture béante; s'il y a récidive, il est bien facile de refaire l'opération préliminaire. On a dit que cette voie était étroite; mais le plus souvent le polype a fait sa voie, et la cloison, si elle n'est pas refoulée, le sera artificiellement. Il est parfois difficile d'appliquer la chaîne de l'écraseur sur le pédicule, et l'on s'expose à laisser une partie de ce dernier; il faut donc ruginer ensuite. Mais alors pourquoi employer l'écraseur? M. Ollier préfère l'arrachement qui est plus rapide, qu'il a employé dans 18 cas, sans avoir d'hémorrhagie grave et sans perdre de malades, sauf deux seulement, dont l'un avait un prolongement du polype dans le cerveau, sans symptôme cérébral appréciable, et dont l'autre mourut de méningite, un prolongement du polype ayant usé l'apophyse basilaire.

Par son procédé, M. Ollier a pu enlever un polype pesant 215 grammes. Comme il ne lui a pas été donné de suivre tous ses opérés, il ne peut affirmer le chiffre exact des guérisons radicales; certains de ses malades ont été opérés deux fois, d'autres trois fois; aucun procédé ne met à l'abri des récidives.

M. Chassaignac fait observer qu'au moyen de l'emboîtement des algalies on passe facilement la chaîne de l'écraseur derrière le pédicule du polype. La tumeur enlevée, on complète l'opération avec l'onglet métallique pour gratter l'apophyse basilaire. L'arrachement, quoi qu'en dise M. Ollier, ne met pas toujours à l'abri de l'hémorrhagie, et, si l'os est aminci, on peut arracher une lamelle osseuse et provoquer des accidents cérébraux.

M. Verneuil demande la parole pour dire son avis sur la question de priorité relative aux

résections dites temporaires destinées à ouvrir les cavités de la face sans sacrifier les os. M. Chassaignac, qui a soulevé cette question, a réclamé en termes très-vifs le mérite de cette idée contre M. Paul Bruns (de Tubingen) et M. Bœckel (de Strasbourg). M. Verneuil croit devoir intervenir dans le débat, parce que M. P. Bruns l'a accusé d'avoir falsifié les faits pour attribuer aux chirurgiens français la priorité de l'idée. M. Verneuil fait remarquer que, depuis la dernière guerre, les Allemands semblent, de parti pris, déprécier la chirurgie française, et réclament, *per fas et nefas*, pour eux-mêmes toutes les découvertes qui appartiennent le plus incontestablement à la France.

En citant des faits précis, M. Verneuil établit d'une manière péremptoire que l'idée des résections temporaires a été formulée de la façon la plus nette par Huguier en 1852 et 1854, rappelée par M. Chassaignac en 1856, et qu'elle était vulgaire en France avant 1859, époque à laquelle M. Langenbeck en a fait une application sans importance.

M. Verneuil examine ensuite les droits respectifs de MM. Chasssaignac et Bœckel, et prouve enfin que M. Bruns n'a rien à réclamer dans cette question. Ce dernier, suivant lui, ayant montré qu'il ne connaissait pas la question, aurait mieux fait de garder le silence.

M. Trélat dit que, dans les questions de priorité, il importe de distinguer l'idée de l'exécution. Il vient d'être démontré par M. Verneuil qu'à la chirurgie française appartient la priorité de l'idée, mais la première exécution appartient à M. Langenbeck, lequel, d'ailleurs, n'a pas à s'en vanter, car cette exécution a été misérable. Du reste, ce n'est pas une résection temporaire que M. Langenbeck avait en vue; son idée, inspirée par le procédé ostéoplastique de M. Ollier, était de refaire un nez. C'était en 1859. Le 11 août 1860, Huguier fit son opération qui fut aussi médiocre; il déplaça complétement le maxillaire supérieur préalablement gratté comme M. Langenbeck avait gratté les os du nez, et le remit en place. En 1861, M. Langenbeck, profitant des faits de Huguier et de M. Chassaignac, fit une opération qui, cette fois, fut véritablement remarquable.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

Éphémérides Médicales. — 25 SEPTEMBRE 1583.

Nicolas Le Grand, un des médecins les plus en renom, meurt à Paris, laissant à ses héritiers deux cent mille écus. On connaît ce huitain que Passerat lui avait adressé :

Le Grand, grand médecin, si grands que toy ne furent
Alexandre le Grec, ny Pompée le Romain,
Qui pour leurs grands vertus, le nom de grand reçurent;
Et, à la vérité, tu es plus grand qu'humain.
J'ay requis, le bonnet et l'escu à la main,
Trois mots de ton conseil, pour ma douleur estaindre;
Tu m'as bien rudement remis au lendemain;
Le Grand, tu es si grand, que l'on n'y peult attaindre.

(Passerat; édit. de 1606, p. 297.) — A. Ch.

Hier, l'Académie de médecine a interrompu la séance après la communication de la correspondance.

— La deuxième conférence de M. Ball sur le choléra, annoncée pour demain jeudi, n'aura lieu que samedi prochain à l'Hôtel-Dieu.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ARRAS. — M. Lescardé, suppléant pour les chaires de chirurgie et d'anatomie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite École.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira extraordinairement le vendredi 26 septembre 1873. — *Ordre du jour* : Note sur l'état actuel de l'épidémie cholérique, par M. Ernest Besnier. — Note sur la diarrhée *dite* prémonitoire, par M. Damaschino. — Communication sur les *injections veineuses* dans le traitement du choléra, par M. Dujardin-Beaumetz. — Discussion sur la proposition suivante : Y a-t-il utilité à ouvrir immédiatement un hôpital spécial pour les cholériques? — Note sur l'anatomie pathologique du choléra, par M. Renault, interne des hôpitaux.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

ÉPIDÉMIOLOGIE

PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA ;

Par le docteur BONNAFONT, médecin principal en retraite, etc.

L'histoire nous apprend que les peuples ont été, à des époques variées, décimés par des épidémies. La même histoire nous apprend aussi que la gravité, et surtout la fréquence de ces fléaux ont été toujours en raison du degré de civilisation et de la culture plus ou moins avancée du sol. Donc, toutes les épidémies, *quel que soit leur caractère*, sont le résultat de causes qui naissent dans le sol, s'y élaborent et s'en dégagent dans des conditions déterminées. — C'est là une vérité incontestable qui se prouve par l'étude qu'on peut faire de leur marche et de leur caractère.

Cette étude m'a appris que, partout où l'homme a mis la terre dans de bonnes conditions hygiéniques en faisant disparaître les parties marécageuses, vrai laboratoire des miasmes épidémiques, la salubrité n'a jamais tardé à succéder à ces intelligents travaux. Donc, contrairement au dire de certains hygiénistes de grand mérite, l'air, malgré les variations de l'atmosphère, ne peut être la cause, mais uniquement le véhicule, le recéleur, comme l'a dit judicieusement M. Guérin, des miasmes paludéens, qui les colporte ensuite de ci et de là, suivant la direction que lui impriment les courants; comme ceux-ci affectent des directions spéciales dans chaque contrée, il est presque facile de prévoir la marche que suivra une épidémie, selon le pays où elle aura pris naissance.

C'est ainsi que le choléra, natif de l'Inde, a constamment suivi la même marche pendant ses invasions en Europe, et qu'une fois sorti de ses limites, on a pu le suivre pas à pas, marquer ses étapes et présager presque, s'il ne rencontrait pas d'obstacle sur son passage, les diverses évolutions de sa course.

Est-ce à dire que le principe de cette épidémie n'existe maintenant que dans l'Inde? Non, sans doute; car ses nombreuses apparitions sur les différentes régions qu'il a parcourues démontrent, à n'en pas douter, que le choléra peut avoir laissé, partout où le sol lui a été favorable, les germes suffisants pour provoquer, sous l'influence de causes que malheureusement il nous est impossible d'apprécier, de nouvelles irruptions qui ne sauraient être que de courte durée.

Mais ce qui ne peut être mis en doute, c'est qu'en dehors de ces vastes marais

FEUILLETON

CAUSERIES

La Presse de tout format et de toute nuance s'est précipitée avec tant d'avidité sur notre cher et illustre confrère Nélaton; elle l'a si complétement analysé, disséqué et biographié; il a été le sujet de tant d'anecdotes vraies ou apocryphes, qu'il ne nous reste a peu près plus rien à dire, nous qui venons après ce déluge d'articles et de racontars. Ce n'est pas que tout soit exact dans ce qui s'est publié ces jours derniers sur Nélaton; on ferait, au contraire, un long article rien qu'à relever les erreurs et les inexactitudes de nos confrères de la Presse, grande, moyenne ou petite. Ces braves journaux, quand ils se mêlent de parler médecine, se livrent souvent à des fantaisies désopilantes. Un seul exemple : Un de ces grands journaux a fait mourir Nélaton d'un mal dont le siége « était à l'angle interne de l'omoplate. » Il y en a ainsi plusieurs de cette force. Toujours est-il que jamais je n'ai assisté à un tel débordement d'encre au sujet de la mort d'un médecin, quelque illustre qu'il fût. J'ai vu, hélas! bien des funérailles médicales. Pour ne citer que les plus célèbres, j'ai vu les obsèques de Dupuytren, de Broussais, de Larrey, d'Orfila, de Roux, de Velpeau et de tant d'autres, mais jamais, au grand jamais, ces savants illustres et ces grands praticiens n'ont été l'objet de ce bruit et de cet éclat suscités par la mort de Nélaton. On le voit, sa popularité n'a pas eu d'égale. Et cette popularité, Nélaton ne l'a pas cherchée, elle lui est venue toute seule, par le seul hasard des circonstances, sans effort, sans réclames et sans mise en scène. Nélaton a été, dans toute l'acception du mot, un homme heureux. Tout lui a réussi, jusqu'aux conditions qui sont

fangeux de l'Inde, toujours l'épidémie a séjourné et commencé ses ravages dans les contrées à demi-barbares, où le sol, dépourvu d'une population suffisante et assez intelligente pour le mettre en culture, est livré à toutes les vicissitudes atmosphériques et présente de nombreuses flaques d'eau où viennent naître, mourir et se putréfier tant d'espèces d'animaux et de végétaux.

Telle est l'origine de toutes les épidémies, *sans exception aucune*, et dont le caractère varie selon les latitudes climatériques, la nature du sol, surtout celle des matières qui s'y décomposent et s'y putréfient. C'est là une vérité que tout le monde connait, mais qui est bonne à répéter; car l'homme est ainsi fait, qu'il ne pense à son ennemi que lorsqu'il l'a en face. Tant qu'il ne le voit pas, il se fait la douce illusion qu'il ne paraîtra plus et se repose mollement dans cette quiétude.

C'est pour la quatrième fois que Paris est visité par le choléra; c'est aussi pour le même nombre de fois que ce fléau est soumis à une discussion sérieuse devant les tribunaux scientifiques du monde entier, car le monde entier est devenu tributaire de ses ravages. Eh bien! malgré les documents recueillis de toute part et adressés à ceux qui ont ou qui se sont donné la mission de les juger, qu'en est-il sorti jusqu'à présent au point de vue prophylactique et surtout thérapeutique? — Inutile de préciser la réponse; elle est dans la bouche de tous les praticiens, et nous pouvons, après quatre débats, répéter ce que disait Rocheux, dans une des séances de l'Académie, en 1849 : « Malgré nos discussions, nous ne savons encore rien, ni sur le « traitement ni sur les moyens d'éviter cette maladie. » Et, pendant que les corps savants soumettaient à un examen sérieux et à une discussion sévère tous les documents afin d'en faire jaillir la lumière, les praticiens disséminés et témoins de ses ravages ne mettaient pas moins de zèle à en surprendre et à en étudier la marche et le caractère.

Il est donc permis de dire que rien n'a été négligé, et que tout ce qu'il était humainement possible de faire a été fait pour l'instruction, mais pour l'instruction seulement, puisque, pour le traitement et la prophylaxie, on en est encore réduit à l'essai.

Il est vrai que, le choléra étant déclaré, M. J. Guérin à fait faire un grand pas à la thérapeutique en signalant la diarrhée *prémonitoire* précédant souvent, mais pas toujours, la détermination des symptômes sérieux; on peut ainsi arrêter quelquefois leur marche et diminuer la mortalité. C'est déjà beaucoup, mais, comme je l'ai dit, ce moyen n'est préventif que contre les symptômes, alors que les individus sont

---

nuisibles aux autres. Telle sa timidité native qu'il n'a jamais pu vaincre, et qui l'a servi au lieu de lui nuire.

Jeune, son mérite modeste et réservé ne blessant, n'offusquant personne, lui faisait éviter ces âpres et implacables concurrents qui ne le redoutaient pas et le laissaient monter tous les premiers échelons de la hiérarchie médicale. Quand il fallut disputer des places plus sérieuses et plus en vue, de ces places qui mènent inévitablement à la grande pratique et à la riche clientèle, les dispensateurs de ces places préférèrent Nalaton à bien d'autres candidats, parce que Nélaton, disaient-ils, était déjà riche, qu'ils le croyaient sans ambition de clientèle, et fort peu disposé, d'ailleurs, par tempérament et par timidité, à se mettre en travers des positions acquises.

On a vu comment ces prudents se sont trompés. Il en est un qui en est mort après avoir perdu l'esprit : c'est le malheureux Jobert, qui ne put supporter l'élévation de Nélaton et sa faveur naissante à la cour impériale.

Les anecdotiers qui s'en sont donné à cœur joie ces jours derniers, n'ont pas rappelé par quelle circonstance Nélaton pénétra aux Tuileries, où Jobert régnait chirurgicalement et vit pâlir son étoile. Ce fut à un accident de voiture, pendant une excursion de l'impératrice en Suisse, que Nélaton dut ce succès. La duchesse de Mouchy et une dame attachée à l'impératrice furent assez grièvement blessées. Un télégramme, adressé immédiatement à Paris, disait : « Envoyez Jobert; en son absence Nélaton. » Jobert, hélas! n'était pas à Paris. Le malheureux avait ambitionné les honneurs de conseiller général de son département; c'était pendant la session, et il se trouvait à Saint-Brieuc. Nélaton, qui eut la sagesse et le bon sens de ne briguer aucun honneur politique, départemental ou municipal, ne quittait guère Paris que pour aller en consultation, Nélaton fut trouvé chez lui et partit incontinent. Nélaton plut à

déjà frappés par l'épidémie et ne peuvent rien contre son invasion. Il faut donc remonter plus loin et aller jusqu'à sa source.

Malgré tout ce qui a été dit, fait et écrit, je persiste à croire que le choléra a, et a toujours eu, pour point de départ, les marais de l'Inde, surtout ceux du delta du Gange, et que si, à l'origine de ses premières irruptions en Europe, on avait pris des mesures hygiéniques appropriées à la gravité du sujet, on aurait, sinon arrêté, mais beaucoup diminué son intensité, et des pays qui en avaient été toujours exempts n'en seraient pas aujourd'hui infectés. Certes on ne saurait trop louer les mesures prises par le Congrès de Constantinople en 1865; mais en accordant trop d'influence aux pèlerinages, comme cause d'importation des miasmes, le Congrès s'est borné à réglementer ce mouvement populaire, au lieu de proposer des mesures plus radicales s'appliquant au berceau même de l'épidémie. Si légers qu'eussent été les travaux hygiéniques entrepris de ce côté, ils auraient bien certainement eu pour résultat de limiter et de s'opposer beaucoup mieux à l'expansion des miasmes, et eussent préservé très-probablement l'Europe de cette nouvelle irruption.

Il est à regretter que M. Fauvel, qui avait là une si belle mission à remplir, n'ait pas dirigé l'esprit du Congrès dans ce sens, au lieu de limiter un peu trop ses travaux à réglementer les pèlerinages.

Comme je l'ai dit au Congrès scientifique d'Arras en 1853, et répété depuis à chaque nouvelle épidémie, les pèlerinages, qui ne sont pour rien dans la genèse du choléra, ne peuvent être non plus qu'une cause secondaire de transmission miasmatique; car, si je ne me trompe, toutes les irruptions que cette cruelle épidémie a faites en Europe depuis la première, qui eut lieu en 1830, ont suivi la même direction *par terre* et par des contrées tout à fait exemptes de pèlerinages et de tout déplacement populaire analogue. Donc les miasmes cholériques obéissent à d'autres agents qui, vu la rapidité et l'irrégularité de leur marche, ne peuvent s'expliquer que par les courants atmosphériques (1).

La conséquence des croyances et des principes posés par le Congrès de Constantinople devait être et a été le rétablissement des quarantaines, qui n'ont eu et ne sauraient avoir, à propos de la propagation du choléra, d'autres avantages que de rassurer le moral de la population des villes maritimes qui, si cruellement éprouvées jadis par la peste, redoutent à un haut degré les provenances des pays où elle

(1) C'est ce que nous chercherons à démontrer dans un prochain article.

---

l'impératrice et à son entourage. Ce pauvre Jobert, froidement accueilli, ne fut plus que rarement appelé. L'affaire de Garibaldi venant par dessus, et son retentissement énorme, achevèrent de troubler l'esprit de ce malheureux Jobert qui, quelques mois après, succombait à la paralysie générale.

Tous ceux qui ont vécu auprès de Nélaton, à cette époque, savent quelle douloureuse impression fit sur son cœur la catastrophe de Jobert; il éprouva la peine la plus vive d'en avoir été la cause innocente, et toujours, soit dans ses cours, soit dans ses conversations, il a rendu justice aux talents éminents de son collègue, dont il avait pu apprécier mieux que tout autre le mérite et la véritable aptitude chirurgicale.

Ce qui a surtout distingué Nélaton au point de vue de ses rapports avec ses confrères, c'est la bienveillance, la politesse affectueuse et prévenante. Dupuytren était dédaigneux, Velpeau malicieux et quelquefois caustique, Roux ironique, Lisfranc s'imposait; Nélaton, sans aucun appareil, avec simplicité, mettait à l'aise tous ses confrères. En consultation, il savait écouter, qualité précieuse et trop rare surtout parmi les chirurgiens, interrupteurs par essence du médecin ordinaire, cherchant à renseigner le consultant par l'exposé des caractères amnésiques.

On se demande souvent le pourquoi du succès de telle ou telle individualité à laquelle, avec la meilleure volonté du monde, on ne peut reconnaître rien d'éclatant ni qui dépasse la moyenne de l'intelligence. Ce pourquoi, il faut le chercher souvent dans ce que des esprits plus élevés ne comprennent pas ou ne peuvent pratiquer, petits moyens, petites ressources dont l'ensemble plaît, subjugue et entraîne inconsciemment. Consultants, savoir écouter le médecin ordinaire est un de ces moyens de succès dont les impatients ne tiennent

était autrefois endémique. Mais on sait que cette maladie, qui s'élaborait en Égypte, comme le choléra dans l'Inde, a complétement disparu depuis que le sol de ces contrées, autrefois si infect, a subi les transformations salutaires qu'une population plus intelligente y a introduites. Un pareil résultat, qui confirme toute notre théorie, aurait dû pourtant servir d'exemple aux membres de ce Congrès.

« La peste, dit Fodéré (*Méd. légale*, tome V), est d'origine égyptienne; par la nature du sol, du climat et de la culture, la partie basse maritime de cette belle contrée a été le berceau du développement des miasmes pestilentiels dont l'origine remonte surtout au temps des guerres et des dissensions qui ont si longtemps tourmenté ce pays, et qui ne permettaient pas de donner des soins attentifs et permanents à l'entretien et au nettoiement des canaux du Nil, non plus qu'à prévenir par des canaux les atterrissements continuels qui se faisaient aux sept embouchures du fleuve. Ce qui créa plusieurs lacs, étangs et marais qui n'existaient pas auparavant. »

Hérodote parle déjà des accidents et des maladies qui en étaient la conséquence. « Lorsqu'il fut à Memphis, dit-il, il s'aperçut, en conversant avec les prêtres, qu'occupés spécialement de l'observation du ciel, ils ignoraient les causes des changements survenus dans la partie inférieure de leur pays, comprise depuis l'entrée de la plaine jusqu'à la mer. »

Il ajoute « que, lors de ce voyage, l'Égypte sortait d'une longue guerre pendant laquelle tout ce qui tient à l'économie politique avait été négligé et l'entretien des canaux abandonné. »

Citons encore un document très-important qui prouve que, si les travaux de dessèchement et d'assainissement ont fait disparaître la peste de l'Égypte, par contre la négligence et l'incurie de l'administration anglaise, en laissant se multiplier les marais dans l'Inde, comme les Égyptiens l'avaient fait à l'époque que nous venons de citer, ont permis aux miasmes cholériques de s'y développer en assez grande quantité pour provoquer ces irruptions en Europe. Toujours est-il que, avant l'occupation anglaise, et pendant la domination de ce pays par les Afghans mogols, le choléra, bien que sévissant parfois avec violence sur les indigènes, n'a jamais franchi les limites de sa patrie.

Voici ce qu'on lit dans l'*Histoire de l'Inde*, par le comte de Warren, officier supérieur de l'armée anglaise, pages 155 à 158 :

« L'administration anglaise, au lieu d'édifier, n'a fait que détruire : les plus

---

pas assez compte. Nélaton possédait ce moyen et savait en user. Il savait qu'un consultant qui interrompt trop vite le médecin ordinaire ne sera jamais rappelé par lui.

Il savait aussi que pour redresser un diagnostic mal fait il fallait user de toutes sortes de soins et de précautions afin de ne pas blesser un confrère. Aussi c'était merveille, dans ces cas, d'entendre Nélaton laisser croire au confrère que, jusqu'à ce moment, son diagnostic avait été bien posé, le traitement, par conséquent, bien dirigé, mais qu'il se présentait actuellement des phénomènes nouveaux, imprévus, insolites qui devaient modifier la diagnose et la thérapeutique.

On le voit, Nélaton a été un modèle de bonne et indulgente confraternité.

Quant à son enseignement, depuis Dupuytren, il n'y en a pas eu de plus suivi, non-seulement par les élèves, mais encore par les médecins de la ville et par les médecins étrangers. C'était cependant par de tout autres procédés que ceux de Dupuytren que Nélaton savait attirer et retenir un auditoire. Autant Dupuytren était solennel, imposant, autant Nélaton était simple et familier. Ces deux grands maîtres n'avaient que ceci de commun, c'est de préciser le diagnostic avec une rigueur pareille, tantôt, et selon les cas, par voie d'affirmation, tantôt par déduction et par exclusion; méthode que Dupuytren maniait avec une habileté souveraine, et dont Nélaton se servait plus que beaucoup d'autres de ses élèves.

On remarque avec raison que, comme Dupuytren dont il est le dernier élève, Nélaton n'a pas plus que lui enrichi la littérature médicale de ses œuvres propres. Comme son illustre maître, Nélaton n'a presque rien écrit. On sait que son ouvrage de pathologie chirurgicale a été rédigé par Jamain, imitant l'exemple de Dupuytren qui fit rédiger sa *Clinique de l'Hôtel-Dieu* par Brierre de Boismont et Buet.

J'emprunte le portrait physique de Nélaton à la notice publiée par le *XIXe Siècle* :

beaux fleuves du monde qui, au moyen de canaux et de dérivations, fertilisaient et pourraient fertiliser encore d'immenses régions, sont abandonnés à eux-mêmes et vont, après avoir traversé les terrains stériles, en y formant des marais, se perdre dans les mers et les sables; non-seulement on ne restaure pas ce qui était, mais on le laisse se détruire ne faisant rien de neuf; chaque année voit tomber en poussière quelque chaory et s'écrouler quelques-unes de ces digues qui retenaient depuis des siècles ces eaux bienfaisantes; les flots s'écoulent et les bassins tarissent ou sont comblés par des alluvions; la culture disparaît, les populations périssent, et pour peu que cela dure, le pays retournera au désert.

« Trompé dans son espoir par le caprice des saisons, le cultivateur avait du moins autrefois les ressources qu'offraient sous les empereurs les manufactures indigènes qui occupaient tant de bras.

« Aujourd'hui ces manufactures n'existent plus : elles ont été persécutées, ruinées, anéanties, afin d'éviter une concurrence fâcheuse pour celles de la métropole. Que de débouchés de moins! que de nouvelles occcasions de misère!

« Enfin, il y avait autrefois en dernier ressort les travaux publics. Les Rajahs primitifs de l'Inde ou les conquérants Afghans et Mogols, cruels quelquefois pour les individus, signalaient au moins leurs règnes par des bienfaits envers les masses, par les prodigieuses constructions que l'on retrouve encore aujourd'hui à chaque pas, et qui sembleraient l'œuvre d'une race de géants; ces travaux faisaient circuler des millions et employaient des milliers d'hommes.

« Sous un ciel dont l'impitoyable sérénité, qui pendant sept ou huit mois, ne se voile jamais sous un nuage, dans un climat où la terre est six mois sans rosée, la seule ressource de l'agriculture, loin des inondations périodiques des fleuves, était de trouver ou de créer dans les bassins supérieurs des lacs artificiels où l'on pouvait puiser, comme dans d'immenses réservoirs, pour les besoins de l'irrigation.

« D'une montagne à l'autre, en travers d'une vallée, on jetait une chaussée monstre qui la coupait en deux parties; les eaux pluviales de la partie supérieure s'élevaient contre cette énorme digue; un lac énorme était formé, suspendu sur la plaine aride, qui se couvrait bientôt de moissons et de verdure. La population se créait rapidement autour de cette mamelle bienfaisante, où chacun venait s'abreuver, elle semblait pousser et se multiplier avec ses champs de nelly. Le cultivateur ruiné, le journalier dans la misère, trouvaient dans ces constructions un travail, une subsistance assurée; mais presque tout ce que l'Inde possédait en monuments

---

« C'était un homme chez lequel la nature et l'éducation semblaient s'être systématiquement mis en garde contre les extrêmes : il n'était ni grand, ni petit, ni gros, ni maigre; sa figure était régulière, ses gestes étaient compassés, sa démarche était mesurée.

« On analysait en vain cette figure pour y trouver quelque chose d'extraordinaire, de personnel, des traces de cette étincelle qui frappe les têtes prédestinées : un front ordinaire, des yeux gris, un nez droit, une bouche très-grande, mais spirituellement modelée aux angles, des lèvres épaisses, habituellement jointes et qui recouvraient une rangée solide de longues dents dont l'obliquité carnassière semblait étrangler au passage la sincérité du sourire; voilà le portrait que se faisaient de Nélaton ceux qui ne l'ont connu qu'extérieurement.

« Tout cela n'était que la dépouille d'un être intérieur dont les qualités merveilleuses ne se révélaient que lentement et peu à peu. Ce sont ces qualités que les élèves de son entourage avaient saisies de bonne heure et qui les attiraient vers le grand maître.

« Car il fut de bonne heure un grand maître. »

L'auteur de cette notice la termine par les lignes suivantes :

« Maintenant qu'il est mort, beaucoup de gens vont se dire ses amis ou ses élèves.

« Nélaton, j'ai de la peine à l'écrire, laisse peu d'amis et peu d'élèves.

« Cet homme, doué des qualités d'esprit les plus merveilleuses, a traversé la vie en étranger. Il n'a rien publié qui soit vraiment de lui. Il ne laisse rien que le souvenir de sa réputation méritée. Il a éprouvé, dans le cours de sa carrière, toutes les jouissances de la gloire et de la richesse, il les a éprouvées seul; il s'est livré, dans l'isolement, au bonheur d'être le premier : il n'a pas songé aux autres.

« Il a négligé de faire une école, par paresse ou par indifférence : il est demeuré jusqu'au dernier jour l'esclave de son repos.

ou constructions d'utilité publique remonte à ces princes indigènes; la Compagnie, jusqu'en 1843, c'est-à-dire pendant près de soixante ans, n'avait pas ouvert un puits, creusé un étang, coupé un canal, bâti un pont pour l'avantage de ses sujets indiens; elle n'avait pas tracé une route, si ce n'est pour le passage de ses armées, encore c'était ordinairement un ouvrage si éphémère, que l'année suivante il fallait remettre la main à l'œuvre.

« Les travaux des Indous et des Mogols, comme ceux des Romains, étaient gigantesques et semblaient faits pour l'éternité. Ceux des Anglais portent un caractère de mesquinerie presque général et révèlent invariablement le principe de leur destruction.

« Si l'on pouvait croire que j'exagère, ajoute l'auteur de ce passage, c'est un témoignage anglais même que j'invoquerais, celui de l'*India New's* (résumé officiel de la statistique indienne publié chaque mois); dans un article du 9 mai 1843, il dit officiellement que dans un seul district de la présidence de Madras, celui de North-Arcoot, dans une seule année, en 1827, le nombre des étangs crevés, emportés et détruits par les inondations ne se montait pas à moins de *onze cents*, après que ce district avait été sous la tutelle de l'Angleterre depuis un quart de siècle; et ainsi, ajoute-il, les districts entiers sont dépeuplés et retournent à l'état de nature.

« Du temps des conquérants Mogols, un admirable canal appelé le Doab, partant de Delhi et fertilisant dans son parcours plus de deux cent milles de pays et qui était entretenu depuis avec tant de soins par les indigènes, est entièrement détruit, et ces contrées si fertiles et si salubres sont devenues maintenant le séjour des bêtes féroces et le réceptacle de quelques familles, vrais solitaires errant sous des ombrages funéraires. » (*India New's*, journal officiel, 1844.)

M. le comte Warren et l'*India New's* n'ont écrit ces lignes qu'au point de vue administratif. Mais si ces observations eussent été faites au point de vue hygiénique, nul doute qu'on en eût déduit des conséquences aussi rigoureuses que celles qui en découlent naturellement et que nous en tirons nous-même. Si nous les rapportons, ce n'est nullement dans un but de critique, mais uniquement pour fixer l'attention sur elles. Nous ne saurions donc trop les recommander à l'attention de tout le monde.

« Et cet homme supérieur et original, ce Parisien fin, intelligent, spirituel, qui avait tout en lui pour séduire et pour se faire aimer, il a caché, dans le but d'être tranquille, toutes ces qualités sous un masque qui repousse en France les plus intrépides : la banalité.

« Il emporte dans la tombe le regret de ses amis; car ceux qui l'ont connu savent quelle était sa grandeur d'âme, sa noblesse et sa bonté. Il demeure pour les autres un inconnu.

« Il n'a pas consigné les conquêtes faites par son génie, et les générations à venir ne connaîtront de lui qu'une réputation indiscutable.

« Il avait pourtant mille occasions de ne pas mourir tout entier.

« La France n'en a pas moins perdu un de ses grands hommes. »

Je crois être plus juste et plus vrai en disant que ce qu'on a pu prendre chez Nélaton pour un amour égoïste de tranquillité et de repos, était tout simplement le résultat d'une excessive et invincible timidité. Celui que ses succès ont le plus étonné a été lui-même; ce n'est pas un indifférent qui meurt d'une maladie organique du cœur.

Dr SIMPLICE.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. Aribert-Dufresne, professeur d'histoire naturelle et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est nommé professeur de thérapeutique et histoire naturelle médicale (chaire transformée) à ladite École.

M. Breton, professeur de pharmacie et toxicologie à ladite École, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale (chaire transformée).

M. Raoult, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Grenoble, est chargé du cours de chimie et toxicologie (chaire nouvelle) à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie

CONCLUSIONS.

Les conclusions qui se déduisent des observations qui précèdent peuvent être exprimées de la manière suivante, et se résumer ainsi :

1° Le choléra, natif et originaire de l'Inde, ne saurait se produire en d'autres contrées, sans que des germes de cette maladie n'y aient été apportés par les courants atmosphériques ou toute autre cause.

2° Si on organise des moyens hygiéniques pour combattre ce fléau, il faut nécessairement les diriger vers le pays d'où il vient et les appliquer à la source même où il se développe.

Partout ailleurs, ces mesures, si complètes et si intelligentes qu'elles soient, ne sauraient avoir qu'un résultat presque négatif.

3° Ce ne sont pas les cadavres des animaux abandonnés sur le sol par les caravanes des pèlerins, non plus que l'habitude qu'ont les Indous de jeter la plupart de leurs cadavres dans le Gange, qui peuvent ou qui ont dû provoquer les irruptions de cette épidémie, puisque ces habitudes existent de temps immémorial chez ces peuples, et que le choléra n'a fait son apparition en Europe, en Afrique et en Amérique, que depuis la fin du siècle dernier.

4° La cause de ces irruptions, devenues si fréquentes et si meurtrières, est donc ailleurs. C'est en la cherchant que je crois être parvenu à celle ou du moins à une de celles qui ont pu contribuer le plus à provoquer ce triste et si lugubre résultat.

5° Le problème le plus important, selon moi, à résoudre, est donc le suivant :

Pourquoi le choléra est-il demeuré pendant des siècles à l'état endémique et stationnaire dans l'Inde, et pourquoi en est-il sorti, les conditions atmosphériques étant d'ailleurs les mêmes, ainsi que les mœurs et les habitudes des Indous et des pèlerins? — Question dominante, de laquelle découleront toutes les mesures ultérieures qui devront être discutées et définitivement adoptées.

THÉRAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DU CHLORAL HYDRATÉ, COMME ADJUVANT DE L'OPIUM, DANS UN CAS DE MENACE D'AVORTEMENT ;

Note lue à la Société médicale d'émulation, dans la séance du 4 août 1873,

Par le docteur Jules BESNIER.

Comme pour tout agent nouveau et encore incomplétement connu, les applications du chloral hydraté tendent à se multiplier. Depuis quelque temps, il semble que ce soit l'art des accouchements qui est appelé à bénéficier le plus des avantages qu'on peut retirer de cet agent. On sait, en effet, qu'on l'a employé avec succès dans un certain nombre de cas d'éclampsie (Thèse d'agrégation de M. Charpentier). De même on s'est bien trouvé de son usage pendant l'accouchement, lorsque le travail est pénible et irrégulier. (Communication de M. Bourdon à la Société de thérapeutique, séance du 7 janvier 1873.)

Plus récemment encore, M. Martineau communiquait à la Société de thérapeutique un cas de menace d'avortement où son emploi a paru des plus avantageux. Ce dernier fait se trouve résumé en ces quelques lignes dans la *Gazette des hôpitaux* (numéro du 25 mars 1873) :

« M. Martineau a pu constater récemment l'action amyosthénique du chloral sur la matrice. Voici dans quelle circonstance : Une femme de son service, enceinte de sept mois, avait pris du sulfate de quinine; elle ne tarda pas à ressentir des coliques utérines. Le laudanum fut prescrit aussitôt à la dose de douze gouttes, mais sans aucun résultat. M. Martineau donna alors le chloral à la dose de 1 gramme matin et soir; immédiatement les contractions utérines cessèrent, et la menace d'avortement fut conjurée. »

D'après ces quelques lignes, il est difficile de se rendre exactement compte de l'efficacité du chloral dans ce fait; je tenais cependant à le citer et à le rapprocher

d'une observation analogue, mais plus probante, que j'ai l'honneur de communiquer à la Société. C'est, en effet, que je sache, le seul cas qui soit publié de menace d'avortement où l'on ait eu recours à ce médicament. Voici maintenant le fait qui m'est personnel :

Dans la soirée du 12 juin 1873, Mme X..., jeune femme primipare, enceinte de six mois, me fait demander pour des douleurs qu'elle éprouvait dans le ventre. C'était la première fois qu'elle se trouvait atteinte de douleurs semblables. Jusque-là elle n'avait ressenti de sa grossesse que quelques troubles digestifs et quelques malaises légers qui avaient cessé depuis près de deux mois. La veille, elle avait eu un peu de pesanteur dans les reins et de douleur dans le côté gauche du ventre. Malgré le repos, ces symptômes persistant encore le 12, elle avait été prendre un bain tiède dans l'après-midi. Ce bain n'avait amené aucune amélioration; la douleur avait augmenté peu à peu et avait fini par prendre dans la soirée un caractère intermittent. Mme X... ne pouvait, du reste, rattacher l'apparition de cette douleur qu'à un peu de fatigue occasionnée par la marche et la montée de quelques étages.

A l'examen du ventre, je le trouvai sensiblement développé, et sous la pression de la main, je sentis le globe utérin remontant un peu au-dessus de l'ombilic, résistant, et manifestement le siége de contractions assez vives et douloureuses. Ces douleurs revenaient toutes les dix à douze minutes et duraient quelques instants, pendant lesquels l'utérus présentait une certaine dépression au niveau de sa corne droite; dans l'intervalle de ces douleurs, il restait encore sensible et endolori. Les mouvements de l'enfant étaient très-nets sous la main de l'observateur et pour la malade; ils étaient même très-fréquents et très-vifs; par la palpation on détaillait assez bien ses parties, la tête paraissait reposer dans la fosse iliaque gauche, et les pieds être tournés vers l'hypochondre droit. Il n'y avait aucune perte, ni en blanc ni en rouge. Le toucher ne fut pas pratiqué, dans la crainte de ramener les contractions utérines ou de les rendre plus intenses par le palper du col utérin. La malade avait le facies un peu rouge et le pouls à 80, un peu développé; mais cet état semblait dépendre plutôt du retour fréquent des douleurs que de toute autre cause. Elle était du reste couchée et elle gardait le repos absolu depuis quelque temps déjà.

Il n'y avait pas à hésiter, j'étais en présence d'une menace d'avortement qui se présentait avec une certaine sévérité. Je fis prendre immédiatement un lavement avec 20 gouttes de laudanum. Ce lavement amena un peu de sédation et la malade put sommeiller. Mais cet état ne se prolongea pas; deux heures après (il était alors une heure de la nuit), on revenait me chercher pour des douleurs aussi fréquentes et aussi intenses que les premières. Un second lavement avec 20 gouttes de laudanum fut encore donné. Ce lavement ne produisit aucun résultat, et je dus rester près de la malade. Une heure après, troisième lavement avec la même quantité de laudanum, et d'un laudanum provenant d'une autre pharmacie que le premier qui, je le craignais en raison de son inefficacité, pouvait être altéré. Ce lavement resta comme le précédent sans effet. Et cependant chacun d'eux, composé de 50 à 60 grammes de véhicule seulement, avait été parfaitement conservé. Craignant alors qu'il n'y eût pas absorption par le rectum, je fis encore prendre par la bouche 10 gouttes de laudanum dans un peu d'eau sucrée, et je fis sur tout le ventre un large badigeonnage au laudanum pur. Aucune amélioration ne se manifesta; les douleurs persistèrent avec la même intensité et revinrent avec la même fréquence.

J'hésitais à recourir encore au laudanum, en raison des doses déjà considérables que j'avais données; j'hésitais également à employer les injections sous-cutanées de morphine, non que la malade présentât quelques symptôme de narcotisme, elle n'en offrait aucun, mais je ne sortais pas de la médication opiacée, dont je n'avais retiré jusqu'alors aucun bénéfice. Une saignée me paraissait peu indiquée, la malade étant loin d'être pléthorique; il en était de même des applications d'eau froide sur le ventre, aucun écoulement de sang n'ayant paru. Faire prendre un bain aurait demandé trop de temps, et, d'ailleurs, étais-je sûr d'en obtenir un bon effet? Cependant les douleurs devenaient plus fortes, plus prolongées et revenaient toutes les dix minutes. Elles prirent bientôt les caractères des grandes douleurs de l'accouchement, portant sur le fondement et arrachant des plaintes répétées à la malade; un avortement à bref délai me paraissait devoir être la seule terminaison possible de cet état de choses, pour peu qu'il se prolongeât.

C'est dans ces conditions que je songeai à recourir au chloral hydraté. Une potion de 4 grammes de ce médicament pour 120 grammes de liquide fut demandée, et j'en fis prendre une cuillerée à bouche, me proposant d'y revenir à intervalles assez rapprochés. Mais, quelques minutes après, des vomissement survinrent et la cuillerée de potion fut rejetée. Je fis alors prendre de suite en lavement les quatre cinquièmes de ce qui restait de la potion, c'est-à-dire environ 3 grammes de chloral. L'effet fut presque immédiat et aussi satisfaisant que possible;

en quelques minutes, la malade se sentit complétement débarrassée de toute douleur utérine, et resta toute surprise pour ainsi dire d'un changement si brusque et si heureux; bientôt elle s'endormait d'un sommeil calme et profond (il était alors cinq heures du matin). Ce sommeil se prolongea environ trois heures; à son réveil, elle fut prise de quelques coliques intestinales, qui l'obligèrent à aller à la garde-robe, et les douleurs utérines reparurent avec une certaine force. Un nouveau lavement avec 2 grammes de chloral, que la malade réclamait elle-même, fut alors donné et amena un résultat aussi favorable et aussi rapide que le premier. Mais, deux heures après, survint une évacuation, et les douleurs reparaissaient; un troisième lavement avec 2 grammes de chloral fut encore administré. Ce dernier fut suivi des mêmes effets que le précédent, c'est-à-dire amena aussi deux heures de calme complet, puis les douleurs utérines revinrent encore.

Mais depuis l'emploi du chloral, à chaque réapparition ces douleurs étaient moins intenses, et ne se succédaient plus à intervalles aussi rapprochés. Craignant cependant, en raison de ce retour si opiniâtre, que le col ne fût dilaté et que quelque partie du placenta ou du fœtus n'y fût engagé, je pratiquai le toucher avec précaution. Cette exploration me permit de constater que le col était allongé, conique, tout à fait intact. Dès lors, si la réapparition des douleurs ne permettait pas d'éloigner toute crainte d'avortement, il n'en était pas moins vrai qu'en raison de leur diminution sensible et de l'état du col, il n'y avait plus lieu de regarder ce fâcheux résultat comme imminent.

Je revins alors, suivant l'avis de M. Tarnier, que je consultai à cette occasion, à la médication opiacée, espérant qu'elle suffirait pour faire disparaître les douleurs qui persistaient encore; c'est, en effet, ce qui arriva, mais non sans une certaine lenteur et sans difficulté. La malade dut prendre, en effet, dans la soirée et dans la nuit suivante, toutes les deux ou trois heures, suivant la réapparition des douleurs, soit 2 ou 3 centigrammes d'extrait thébaïque en pilules, soit 12 à 15 gouttes de laudanum en lavement. Et cette médication dut être prolongée le lendemain et le surlendemain, en éloignant de plus en plus les doses du médicament.

Inutile d'ajouter que le repos absolu fut maintenu pendant tout ce temps et même les jours suivants, et que l'alimentation fut très-modérée. La malade, à part un peu de fréquence du pouls et de chaleur à la peau, qui se montrèrent le premier jour et pendant quelques heures seulement, ne présenta aucun phénomène important à signaler. Elle n'eut aucun symptôme de narcotisme, pas plus après qu'avant l'usage du chloral; elle n'offrit non plus aucun phénomène particulier qu'on pût rattacher à l'action exagérée de ce dernier. La cessation des douleurs et celle des contractions utérines, suivies rapidement d'un sommeil profond sous l'influence du chloral, et d'une somnolence légère sous celle de l'opium, furent pour ainsi dire les seuls effets observés. J'ajoute que, dès qu'il fut possible, sans crainte de réveiller les douleurs, de rechercher les battements du cœur et les mouvements de l'enfant, on les trouva très-normaux comme avant les accidents et la médication.

Tel est le fait dont j'ai voulu entretenir la Société; il m'a paru important, soit en raison de l'action du chloral dans la circonstance, soit en raison de l'usage combiné qui a été fait du chloral et de l'opium. L'action du chloral me paraît hors de toute contestation, et c'est même à cet agent que doit être rapportée la plus grande part du succès obtenu. Sous son influence, en effet, toute douleur et toute contraction utérine cessent immédiatement, tandis que 70 gouttes de laudanum, c'est-à-dire près de 18 centigrammes d'extrait thébaïque, administrés dans l'espace de quelques heures, n'avaient amené aucun résultat. Il est vrai d'ajouter qu'on s'est adressé de nouveau à l'opium pour faire disparaître tout à fait les douleurs qui avaient reparu, mais à ce moment ces douleurs étaient beaucoup moins intenses et tout danger immédiat d'avortement était écarté.

En insistant davantage sur le chloral, peut-être aurait-on obtenu une sédation plus rapide. Mais différentes raisons commandaient de ne pas le faire. Tout d'abord, les deux derniers lavements au chloral, tout en calmant les douleurs, avaient déterminé assez rapidement la production de borborygmes et des évacuations intestinales; il y avait donc lieu de craindre que ces sortes de lavement ne fussent bientôt plus supportés. D'autre part, en supposant qu'il n'en eût pas été ainsi, il nous paraissait prudent de ne pas prolonger outre mesure cette médication. On sait, en effet, qu'on a vu survenir, sous l'influence du chloral, des accidents graves que rien ne faisait prévoir. L'opium n'offrait ni ces inconvénients ni ces inconnues; il y avait donc avantage à y revenir, quitte à recourir de nouveau au chloral si les

douleurs redevenaient menaçantes. On a vu par l'observation que le résultat de cette conduite a été des plus satisfaisant, et que l'opium a pu maintenir et continuer en les accentuant les bons effets déjà obtenus par le chloral, Ces deux médicaments ont agi exactement dans le même sens; l'un contre les grandes douleurs et avec plus de rapidité, l'autre contre des douleurs moins vives et avec plus de lenteur peut-être, mais cependant avec une efficacité non douteuse et qu'il n'avait pas eue avant l'emploi du premier.

L'action sédative de l'opium, dans la circonstance, n'offre rien de particulier; ce qui devrait plutôt étonner c'est son inefficacité dans les premières heures, pendant lesquelles on l'avait administré à doses déjà élevées. Il est, en effet, acquis depuis longtemps à l'observation que l'opium agit souvent merveilleusement dans les cas de menace d'avortement, et son usage alors est pour ainsi dire classique. Il n'en est pas de même du chloral, et il me paraît intéressant de rechercher quel peut être le mode d'action de ce médicament dans ces conditions.

A priori, on trouve à cet égard une explication facile dans les données actuelles que l'on a sur la manière dont le chloral se comporte dans l'économie. Les expériences de Liebreick et de Personne ont en effet démontré que cet agent une fois absorbé à doses modérées se dédouble, au contact des alcalis du sang, en formiate de soude et en chloroforme. Or ce dernier, le seul de ces produits qui agisse, le premier se transformant en bi-carbonate de soude (Rabuteau), ce dernier, dis-je, est l'anesthésique par excellence, c'est-à-dire le corps qui produit le plus sûrement l'insensibilité et la résolution musculaire. Il paraît donc rationnel, tout d'abord, d'admettre que le chloral ait une action sédative portant à la fois sur les douleurs et sur les contractions utérines. Mais si l'on examine ses effets lorsqu'on l'administre pendant le travail de l'accouchement, il y a lieu d'être frappé d'une différence capitale. On a signalé, en effet, ce fait que, dans ce cas, les contractions utérines, au lieu de perdre de leur force en devenant indolentes, acquéraient plus d'intensité. « Cet effet, dit M. Bourdon, nous a paru tellement invraisemblable que, vu le nombre encore restreint de nos faits, nous n'aurions pas osé le signaler, s'il n'avait déjà été observé par un médecin anglais, le docteur Lambert, chirurgien de la Maternité d'Edimbourg. » Ce dernier conclut, en effet, de ses observations cliniques que « le chloral augmente l'énergie des contractions utérines qui, sous l'influence de cet anesthésique, sont plus courtes et plus puissantes que celles qui sont accompagnées de douleurs. » (*Gazette des hôpitaux*, numéro du 22 février 1873.)

Comme on le voit, l'effet du chloral, pendant le travail de l'accouchement, est exactement le contraire de celui qui a suivi son administration dans le cas de menace d'avortement dont nous donnons l'observation; ici les contractions utérines ont cessé en même temps que la douleur. Il en a été de même dans le fait de M. Martineau; aussi ce dernier conclut-il « à l'action armyosthénique du chloral sur la matrice. » Ainsi, en ayant en vue les deux ordres de faits que je viens de comparer, et en rapprochant les conclusions des observateurs cités, le chloral semblerait exercer sur les contractions de l'utérus deux effets opposés : dans un cas, il en augmenterait la puissance; dans l'autre, il la diminuerait, et même il supprimerait ces contractions. Cette opposition dans les effets est d'autant plus frappante, que les circonstances dans lesquelles on l'observe, l'accouchement et l'avortement, ont entre elles plus de points de contact; et que, fait non moins important à relever, dans les deux cas, le médicament est administré aux mêmes doses, c'est-à-dire à la dose de 2 ou 3 grammes plus ou moins répétée. Mais il est évident que, les choses étant telles, les deux modes d'action invoqués ci-dessus s'excluent mutuellement; qu'admettre l'action sthénique du chloral dans le premier cas, c'est lui nier toute action amyosthénique dans le second, et réciproquement. Ni l'une ni l'autre de ces interprétations ne saurait donc être acceptée. Et cependant les faits sont là hors de toute contestation pour l'un comme pour l'autre cas.

Il est une manière de comprendre ces faits qui nous paraît plus rationnelle, en ce sens qu'elle permet de les concilier et de rattacher les effets observés à un même mode d'action du chloral. D'après cette manière de voir, l'effet sédatif que ce der-

nier exerce sur la sensibilité de l'utérus, l'analgésie plus ou moins complète qu'il détermine, aussi bien dans l'accouchement que dans l'avortement, est le seul effet qu'il produit sur l'utérus, directement par lui-même. Il laisse intacte la contractilité de l'organe, et c'est aux conditions différentes dans lesquelles l'utérus se trouve au moment de son administration, que se rattache l'effet tantôt sthénique, tantôt amyosthénique qu'éprouvent les contractions utérines. Un mot d'explication.

Le travail de l'accouchement et celui de l'avortement, ou plutôt d'une menace d'avortement, présentent entre eux, malgré leurs analogies, des différences importantes au point de vue des causes des contractions de la matrice. Dans l'accouchement, ces contractions sont liées, d'une part, à l'excitation du col utérin par la poche des eaux ou la tête de l'enfant, excitation dont la malade n'a pas conscience, mais qui retentit sur la moelle épinière et amène par action réflexe la contraction du corps de la matrice; et, d'autre part, à la douleur qui accompagne ces contractions, et qui, excitant à son tour le pouvoir réflexe de la moelle, les entretient et les prolonge. De ces deux causes, la première est évidemment la cause principale, tandis que la seconde n'est qu'accessoire et supplémentaire. Or, le chloral, anesthésique par le chloroforme qu'il verse dans l'économie, amène tout d'abord l'insensibilité de la matrice, il supprime la douleur. Mais, par là, il ne s'attaque qu'à la cause supplémentaire des contractions de la matrice, il laisse intacte leur cause principale, l'excitation du col par la tête de l'enfant, et, celle-ci l'emportant, les contractions persistent. Et non-seulement elles persistent, mais encore souvent elles augmentent de puissance. Ce dernier fait, qui est en opposition complète avec les effets ordinaires du chloroforme sur les muscles, nous paraît devoir être rattaché, non pas au chloral lui-même, qui n'agit que par le chloroforme, mais bien à une tout autre cause, qui n'est autre que le repos plus complet et plus prolongé qu'il procure à la matrice. Remarquons, en effet, que les observateurs, en constatant l'indolence et l'augmentation de puissance des contractions utérines sous l'influence de cet agent, indiquent en même temps que ces contractions sont plus éloignées et plus courtes. D'un autre côté, on sait que, de même que toute contraction musculaire entraîne la fatigue et, partant, la diminution de puissance du muscle contracté, de même le repos met l'organe dans des conditions inverses. On conçoit donc que l'utérus sous l'influence du chloral, n'étant plus incessamment sollicité par de petites contractions et par de petites douleurs, récupère plus complétement ses forces, et que, lorsqu'il entre en action, ses contractions en soient d'autant plus puissantes. Ainsi, pendant le travail de l'accouchement, le chloral agit uniquement en produisant l'analgésie de la matrice; celle-ci entraîne le repos plus complet de l'organe, et c'est à ce dernier qu'est due l'augmentation de puissance des contractions utérines qu'on observe alors.

Dans une menace d'avortement, comme celle à laquelle nous avons eu affaire, les conditions du travail sont tout autres que celles de l'accouchement. Alors, en effet, tant que le placenta ou le fœtus n'est pas engagé dans le col utérin, la cause première des contractions dans le travail de l'accouchement, l'excitation du col fait défaut; elle est remplacée par une cause occasionnelle qui n'est que passagère, telle qu'une chute, un coup sur l'abdomen, la fatigue, etc. Par contre, la douleur qui accompagne les premiers instants de la contraction utérine joue le rôle principal dans la durée de cette contraction, par son retentissement sur la moelle épinière. Au lieu d'être, comme dans l'accouchement, une cause accessoire et supplémentaire, elle est, au contraire, la cause la plus importante du travail de l'avortement. Dès lors, le chloral, en déterminant le même effet que ci-dessus, c'est-à-dire l'insensibilité de la matrice, en faisant cesser la douleur, supprime la cause principale des contractions utérines, et celles-ci disparaissent, ou, si elles reviennent, n'étant plus augmentées ni prolongées par la douleur, elles perdent rapidement de leur force et s'éteignent bientôt complétement. La cessation des contractions utérines ne dépend donc pas d'une action amyosthénique que le chloral aurait alors directement sur l'utérus, mais bien de l'analgésie qu'il produit tout d'abord comme pendant le travail de l'accouchement; et c'est cette analgésie qui, en combattant

la cause principale des contractions, en entraîne la disparition ; *sublatâ causâ tollitur effectus.*

Il y a lieu de croire qu'il en serait tout autrement si le placenta ou le fœtus était engagé au col utérin. Les conditions du travail de l'avortement seraient alors les mêmes que celles de l'accouchement ; la douleur ne serait plus qu'une cause supplémentaire des contractions utérines, celles-ci persisteraient malgré l'analgésie, et l'avortement aurait lieu, mais alors sans douleurs. Cette remarque permet de conclure que, dans une menace d'avortement, si le chloral est surtout indiqué dans le premier cas, il n'en est plus de même dans le second ; toutefois, là encore, son emploi n'a pas d'inconvénients sérieux, si même il n'offre pas des avantages réels en supprimant la douleur.

Certains faits acquis à l'observation justifient l'importance exclusive que nous attachons à l'analgésie dans le mode d'action du chloral sur la matrice. De plus, ils permettent de penser que, dans le cas que nous avons cité, l'administration de l'opium avant et après cet agent, a eu aussi sa part dans l'effet produit. Je veux parler des expériences de Cl. Bernard et des faits cités par MM. Guibert (de Saint-Brieuc), Goujon et Labbé, sur l'emploi combiné du chloroforme et de la morphine. Ces observateurs ont, en effet, constaté que l'action du chloroforme, notamment son action sur la sensibilité, est singulièrement aidée par l'administration simultanée d'un sel de morphine ; ils ont pu, avec des doses relativement faibles, déterminer une insensibilité complète. Dans notre observation, les conditions se trouvaient analogues par l'administration de l'opium et du chloral. On peut donc admettre que, sous l'influence de ces deux agents réunis, l'insensibilité de l'utérus a été rendue plus parfaite et plus rapide qu'elle ne l'aurait été sous l'influence d'un seul. L'inefficacité des premières doses de laudanum tend, du reste, à le prouver. Une autre remarque non moins importante découle de ces faits, c'est que le chloral et l'opium ne doivent être employés d'emblée simultanément qu'avec une certaine réserve.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation que nous avons donnée des effets du chloral sur l'utérus, dans l'accouchement et dans l'avortement, le fait clinique que nous avons observé paraît démontrer que, dans certains cas de menace d'avortement, on peut trouver dans ce médicament, *toutes choses égales d'ailleurs*, un auxiliaire puissant à la médication par l'opium, lorsque celle-ci reste inefficace. On pourrait même, dans ces cas, en s'appuyant sur les données que j'ai citées, administrer d'emblée soit le chloral seul, soit simultanément le chloral et l'opium à faibles doses.

HYGIÈNE

DU VIN DE BAGNOLS-SAINT-RAPHAEL DANS LES CAS D'ANÉMIE, D'AFFAIBLISSEMENT GÉNÉRAL, PAR SUITE DE MALADIES, DE DIGESTIONS INSUFFISANTES ET DE VIEILLESSE ;

Par M. M.-E. BÉGIN.

Il est des conditions nombreuses dans lesquelles les fonctions de nutrition languissent, soit par atonie des organes, soit par insuffisance de réparation alimentaire. Les remèdes les plus efficaces sont alors le bouillon ou du vin convenablement choisi. Ces deux liquides alimentaires ne réclament point, pour être assimilés, l'intervention des ferments digestifs ; ce sont des aliments merveilleusement appropriés à nos organes. Le bouillon convient surtout à la suite des maladies aiguës qui ont commandé une diète prolongée pendant laquelle les matériaux les plus utiles à la réparation et au fonctionnement des organes ont été épuisés. Ces matériaux existent dans la décoction de muscles qui forment la base du bouillon.

Un vin généreux, approprié aux aptitudes de l'appareil digestif, convient non-seulement dans les convalescences de longues maladies, mais encore et surtout dans les cas d'affaiblissement général par suite de digestions insuffisantes, d'atonie de l'appareil digestif.

Nous allons voir que, dans ces conditions, tous les vins sont loin d'être sanitaires ; l'observation a montré qu'il est certains d'entre eux qui se distinguent par des propriétés spéciales.

Certes, l'alcool contenu dans le vin contribue efficacement au résultat général que l'on veut

obtenir, mais ce qui fait que les vins bien choisis l'emportent infiniment sur l'alcool seul, même étendu au même degré alcoolique, c'est qu'il existe dans ces vins des principes qui modèrent, régularisent l'action de l'alcool et exercent une modification des plus favorables sur l'appareil digestif.

Au premier rang de ces principes, viennent le tannin et les matières colorantes du vin.

A dose égale d'alcool, ces vins riches en principes toniques et astringents déterminent, comme l'observation journalière le démontre, infiniment moins d'excitation encéphalique, que les vins alcooliques. Ces vins contiennent en outre, comme M. Fauré l'a démontré, une très-petite quantité de fer qui s'y trouve sous l'état le plus convenable pour fournir aux globules du sang un élément indispensable à leur constitution.

On trouve en outre dans le vin des sels de potasse, indispensables aussi à la réparation des globules du sang et des muscles. Chez les personnes qui ne digèrent pas facilement les aliments végétaux, le vin forme le complément le plus heureux du régime.

Au premier rang des vins qui réunissent les conditions que nous venons d'énumérer, vient le vin de Saint-Raphaël; il n'en est pas qui renferment plus de tannin et de matières colorantes toniques; il n'en est pas qui contiennent plus de fer naturel, car ce métal est d'autant plus abondant dans les vins qu'ils sont plus riches en couleur.

On trouve donc réunis dans ce précieux aliment, sous la forme la plus convenable, tous les principes les plus propres à réparer les pertes de l'économie.

Dans les cas de convalescence de longues maladies, il convient de commencer par les doses les plus faibles, un demi-verre à liqueur toutes les deux heures. Il faut peu à peu habituer l'appareil digestif au contact d'un corps excitant dont il n'a point encore senti l'influence.

C'est pour avoir méconnu cette règle importante de la nécessité de l'accoutumance et de la progression des doses, en commençant par les plus faibles, qu'on n'a pas obtenu tous les résultats utiles que peut donner un aussi puissant modificateur. Dans les cas de chlorose, d'affaiblissement général, d'anémie, de faiblesse sénile, nous le répétons, c'est en terminant chaque repas qu'on peut prescrire depuis un verre à liqueur jusqu'à un demi-verre à bordeaux de vin de Saint-Raphaël.

Dans le courant de la journée, quand on sent une dépression notable des forces, on peut encore prendre, toutes les deux ou trois heures, un verre à liqueur de ce véritable cordial.

BIBLIOTHÈQUE

RELATION SUR LES PLAIES DE GUERRE OBSERVÉES A L'AMBULANCE DE BISCHWILLER. — LUXATION ISCHIO-PUBIENNE OBSERVÉE ET RÉDUITE. — PROJET DE CRÉATION D'UN HÔPITAL SUR L'EAU.

Rapport fait à la Société médicale d'émulation, dans la séance du 3 août 1872,

Par M. le docteur PHILIPPE.

Messieurs,

Vous m'avez fait l'honneur de me charger de vous rendre compte de plusieurs travaux qui vous ont été adressés : je viens remplir ma mission.

Le premier de ces mémoires a pour titre : *Relation sur les plaies de guerre observées à l'ambulance de Bischwiller*, par M. le docteur J. CHRISTIAN.

M. le docteur Christian n'a pas donné les premiers soins aux 830 blessés ramassés sur le champ de bataille de Wœrth, dans les premiers jours d'août 1870, et transportés à Bischwiller.

Ces hommes furent successivement soignés par les médecins de l'ambulance badoise, par les médecins militaires français, et enfin par les cinq docteurs qui résidaient sur les lieux.

L'auteur rapporte ce qu'il a vu, ce qu'il a observé.

Le plus grand nombre des cas étaient graves.

Les observations s'appliquent à un chiffre de 300 blessés :

Pour le tronc.	76
Membres supérieurs . . .	68
— inférieurs.	156
Total. . . .	300

De très-bonnes mesures hygiéniques furent prises dans les différents locaux destinés à recevoir les malades, sous le rapport de la propreté, de l'aération, de la ventilation, de la désinfection. Trois tentes contenant chacune dix lits furent construites par les soins de M. Christian.

Voici les maladies qui sévirent :

La pyémie fit beaucoup de victimes dans les premières semaines, à cause de l'encombrement, qu'on ne pouvait éviter.

On observa 3 cas de pourriture d'hôpital ;
— 3 cas de tétanos, dont 2 morts ;
— 1 cas de délire alcoolique ; mort.

On ne donne pas le nombre des hémorrhagies.

Trois cas de gangrène chez des amputés qui exigèrent une seconde opération, et dont deux furent sauvés.

Il y eut aussi des dysenteries ; des cas de variole, de typhus : deux soldats seulement moururent de cette dernière maladie, qui ne revêtit pas de caractère épidémique, particularité que l'auteur attribue aux bonnes mesures hygiéniques prises.

Un homme seul a été emporté par la dysenterie, ainsi que par la variole ; M. Christian avait eu le soin de faire revacciner les dix malades qui étaient atteints de cette dernière affection.

MORTALITÉ.

Sur les 830 blessés observés, 160 sont morts.

Fracture du crâne.	2	morts	2
Plaies de poitrine	21	id	14
Plaies de l'abdomen.	16	id	13
Fractures du coude	5	guérisons . .	5

AMPUTATIONS.

Avant-bras	4	3 guérisons,	1 morts.
Bras	18	11 —	7 —
Désarticulations de l'épaule. .	5	5 —	» —
Résections	3	1 —	2 —
Pied.	2	2 —	» —
Jambe	15	9 —	6 —
Genou, résections.	2	» —	2 —
Cuisse	24	8 —	16 —

Suit une statistique très-intéressante des cas de conservation de membres atteints de blessures graves.

Ainsi, sur 9 plaies pénétrantes du genou . . . . . 3 guérisons, 6 morts.
(22 conservées) sur 26 fractures du fémur . . . . . 10 — 12 —
— amputés . . . . . 2 — 2 —

Sur 156 blessés des membres inférieurs :

109 membres conservés.	75 guérisons,	34 morts.
47 opérés	19 —	28 —

M. Christian donne 93 observations, dont un certain nombre d'un grand intérêt.

C'est une mine féconde où les chirurgiens pourront puiser des arguments péremptoires en faveur de la conservation des membres.

Ces résultats favorables sont d'autant plus remarquables que les blessures étaient généralement graves.

Les amputations secondaires ont été souvent suivies de succès, dans la proportion de presque la moitié, 7/16.

Les blessures ont atteint plus fréquemment les membres inférieurs, remarque qui avait déjà été faite pendant cette guerre meurtrière, et qui tient au tir des Prussiens, dont les fusils n'avaient pas une grande portée.

Les plaies de poitrine ont eu des terminaisons plus heureuses qu'on ne l'observe ordinairement : 7 guérisons sur 21 cas.

Le seul reproche qu'on pourrait faire à M. Christian, c'est le manque de détails suffisants dans les statistiques générales, particulièrement au sujet de la nature des blessures et de leur gravité relative.

Son travail est essentiellement pratique et consciencieux : il dénote un esprit observateur et judicieux, qui lui a inspiré les plus saines doctrines sur le rôle éminemment conservateur que doit jouer l'homme de l'art, lorsque les circonstances le permettent.

Je demanderai à la Société de donner une place honorable au travail de M. Christian dans ses archives.

Le second travail soumis à mon examen a pour titre : *Luxation ischio-pubienne observée et réduite* par M. le docteur Ed. SIMONIN, professeur de clinique chirurgicale.

Le nommé Ditienne, âgé de 48 ans, ouvrier mineur, est entré à l'hôpital Saint-Charles, de

Nancy, étant atteint d'une luxation ischio-pubienne gauche, avec plaie contuse au sourcil droit et fracture transversale de l'omoplate. (Entré à l'hôpital le 10 juin 1869.)

Nous ne rappellerons pas ici les symptômes très-scrupuleusement décrits par l'auteur.

Diverses tentatives de réduction furent faites inutilement. M. Simonin eut recours au procédé de Pouteau, modifié. En voici la description :

« Le malade étant étendu à terre sur un matelas, la cuisse est repliée à angle droit sur le bassin fixé légèrement sur le matelas par les mains des aides; le pli du jarret gauche est placé sur l'épaule droite d'un aide agenouillé et accroupi entre les jambes du blessé, et s'appuyant à la fois sur les mains et sur les genoux. La jambe est placée sur le dos de cet aide comme sur un plan incliné et est maintenue légèrement, pendant que l'aide se relève lentement et progressivement. »

Après une tentative qui rencontre une grande résistance, on peut rapprocher les genoux l'un de l'autre; mais le membre luxé est encore plus long que l'autre; la tête du fémur est à peine déplacée; elle a éprouvé seulement un mouvement de rotation.

M. Simonin renouvelle ses tentatives de réduction ; il saisit le fémur au-dessus du genou et l'incline en dedans; un bruit se fait entendre; la luxation s'est convertie en luxation ilio-ischiatique.

En continuant la chloroformisation, on reprend le procédé de Pouteau comme primitivement; et l'on arrive à la réduction complète de la luxation.

Ces diverses manœuvres ont eu une durée de 16 minutes.

Le malade sort de l'hôpital le vingt-septième jour de sa maladie, le 7 juillet 1869.

L'observation de M. le docteur Simonin offre un grand intérêt et doit engager les chirurgiens à suivre son exemple, lorsqu'ils auront affaire à un cas aussi difficile que celui qui s'est présenté à cet habile praticien.

J'ai l'honneur de vous proposer de renvoyer son travail aux Archives de la Société, où il occupera une place honorable.

Le troisième travail que vous m'avez chargé d'analyser touche à une des questions les plus importantes de l'hygiène nosocomiale : l'installation des hôpitaux sous le rapport de la salubrité.

Ce mémoire, lu à la Société de chirurgie (séances des 17 février et 26 juin 1872), par M. le docteur Félix Rochard, a pour titre : *Projet de création d'un hôpital sur l'eau.*

M. Rochard cherche à éveiller l'attention de l'édilité parisienne sur les meilleures conditions de salubrité qu'il y aurait à remplir pour la construction de nouveaux établissements hospitaliers : on doit avant tout *rechercher de l'air* et une *ventilation suffisante.* Or, d'après l'auteur, les baraques et les tentes offrent ces deux avantages, en permettant que l'air circule librement autour des malades et des blessés.

M. Rochard, pendant le siége de Paris, avait pensé à faire construire *un hôpital flottant* sur la Seine, ayant été à même d'apprécier les avantages de ce système dans un voyage à bord du *Madagascar.* Il rappelle aussi les rapports favorables émanés de médecins de la marine qui ont expérimenté sur une grande échelle les bateaux-hôpitaux en campagne.

D'un autre côté, M. Jœger, architecte autrichien, avait publié au mois d'août 1871 un travail intitulé : *Étude sur la construction des hôpitaux-baraques.* Il devait en faire l'application pendant le siége de la capitale.

M. Rochard avait publié, dans le journal *la Liberté,* un article sur le même sujet qui fit sensation parmi les principaux organes de la presse.

Dans un rapport officiel, M. le baron Larrey avait approuvé les vues de ce médecin.

La capitulation de Paris empêcha de donner suite à tous ces projets.

M. Rochard, en discutant les avantages des bateaux-hôpitaux, cherche à répondre à la principale objection qui vient naturellement à l'esprit de chacun : l'influence fâcheuse de l'humidité et des brouillards sur les malades.

L'auteur cite les résultats statistiques fournis par M. Husson, et qui démontrent que l'Hôtel-Dieu a été notablement favorisé de tout temps sous le rapport de la mortalité, en le mettant en parallèle avec les autres hôpitaux de Paris, et que l'avantage est même pour la partie de l'édifice qui est bâtie sur la Seine.

M. Rochard rappelle qu'il existe à Londres un hôpital flottant sur la Tamise qui date des guerres du premier Empire, et qui a rendu de grands services.

Quant à l'humidité qu'on invoque contre ces constructions, l'auteur répond que, l'eau étant courante, on n'a point à craindre l'influence nuisible qui appartient spécialement aux eaux stagnantes; que le renouvellement de la masse liquide est rapide. Il ajoute que l'adoption de ses idées réunit les avantages suivants : l'abondance de l'air, de la lumière; l'isolement; une température égale; des conditions de propreté exceptionnelles.

M. Rochard s'étend ensuite sur les détails du mode de construction des baraques flottantes : il veut qu'elles soient bâties sur pilotis; qu'elles soient disposées par groupes rayonnants de quatre baraques de 20 ou 25 lits, distantes de 20 mètres les unes des autres ; dernière disposition favorable pour le renouvellement de l'air.

Les salles s'ouvrent sur un large promenoir : elles ont 30 mètres de longueur, 9 de largeur, 4 de hauteur.

La ventilation d'hiver s'opère par une chambre de chauffe située au sous-sol et par les gaînes d'appel de la lanterne.

L'emplacement choisi serait sur la Marne, à 1 kilomètre 80 en amont du pont de Charenton, entre les îles d'Enfer et de Charentonneau : cette région de la rivière est privée de vase ; le courant en est rapide à cet endroit ; on pourrait y construire 20 baraques.

Les deux îles seraient converties en jardins pour les convalescents.

Il y aurait un inconvénient : le curage annuel du canal de la Marne durant une dizaine de jours, M. Rochard croit qu'on pourrait obvier à ce danger en employant le curage à la drague.

Un bateau à vapeur spécial, partant du Pont-Royal, serait établi pour le transport des malades, des visiteurs et des provisions; il ferait le trajet en une heure. D'autres moyens de communication seraient rendus faciles par le voisinage des routes de Saint-Maur à Bercy et d'Alfort à Gravelle.

Tous les services administratifs de l'hôpital seraient installés au centre des baraques, et seraient reliés au reste du bâtiment par un chemin de fer et par un télégraphe acoustique.

M. Rochard fournit pour les frais de l'établissement des chiffres qu'il considère comme devant réaliser une économie sensible, comparativement aux dépenses nécessitées par les hôpitaux ordinaires.

Le mémoire est suivi de deux plans d'un projet de construction de bateau flottant dressé par M. l'achitecte Jœger.

On voit, par la description de ce nouveau type d'hôpital, qu'il présente des bases très-sérieuses et qu'il éveille l'attention sur une des questions d'actualité les plus graves et les plus importantes des améliorations à apporter au service hospitalier.

Ce service, malgré tout le perfectionnement dont il a été l'objet, offre encore des points très-défectueux. L'inconvénient capital des conditions actuelles et que les derniers progrès accomplis n'ont pas modifié, consiste surtout dans l'accumulation des malades au milieu de foyers d'infection produite par les larges surfaces que les grands traumatismes offrent aux exhalaisons putrides, ainsi que par les miasmes délétères qui s'échappent des salles de fiévreux.

Les lits sont toujours exactement remplis ; l'exiguïté des locaux fait qu'ils ne peuvent être évacués en temps utile, ventilés et purifiés en l'absence des malades.

Il est évident aussi que le nombre des hôpitaux est tout à fait insuffisant et qu'il ne saurait répondre aux besoins de la population considérable de Paris.

Il y a donc de grandes réformes à opérer, et lorsqu'on voit des hommes généreux apporter leur tribut de lumière et de dévouement à la noble cause du soulagement des misères humaines, on doit leur ouvrir largement les voies et les encourager dans leur œuvre philanthropique.

M. Rochard propose d'excellentes mesures pour l'extension des établissements hospitaliers ; il apporte de l'air, de la lumière, l'espace enfin; éléments destinés à centupler les conditions de la vie parmi ceux qui périclitent et qui les trouvent bien incomplètement remplies dans les demeures resserrées et encombrées qui leur servent de refuges.

Le seul reproche qu'on pourrait adresser à l'adoption des hôpitaux flottants, c'est l'influence fâcheuse de l'humidité. M. Rochard cherche à nier cette influence : elle se fera sentir inévitablement, mais cet inconvénient est effacé par tant d'avantages qu'il reste tout à fait au dernier plan.

Les conditions d'aération, de ventilation, d'isolement sont largement remplies : l'encombrement surtout sera conjuré, et c'est l'élément destructeur par excellence !

Les avantages de cette heureuse innovation ont été tellement sentis en haut lieu, qu'il est sérieusement question d'en faire l'essai sur les données précédentes.

Ce serait le point de départ de nouvelles constructions hospitalières qui ne seraient pas seulement destinées à être élevées sur l'élément liquide, mais qu'il faudrait multiplier dans toutes les zones de Paris; les emplacements ne feront pas défaut; les terrains vagues qui environnent les fortifications pourraient être utilisés dans ce but.

Si les dépenses s'élevaient au-dessus des ressources de l'édilité parisienne ou du gouvernement, chaque citoyen apporterait avec empressement son obole pour la réalisation d'une œuvre aussi utile qui améliorerait la situation de la classe intéressante que reçoivent les établissements hospitaliers. La construction des baraques-hôpitaux pourrait se généraliser non-seulement

à Paris, mais encore dans les villes de province. Ce serait un moyen de féconder l'idée généreuse et essentiellement pratique de M. Rochard.

Je vous proposerai de déposer honorablement le travail de l'auteur dans les archives de la Société.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le professeur Bouillaud, dans l'avant-dernière séance, a fait une première communication concernant de nouvelles recherches sur l'analyse et la théorie du pouls à l'état normal. En voici les conclusions :

1. L'action ou le *travail* des artères se compose de deux mouvements séparés l'un de l'autre par un même nombre de repos. Pendant le premier, les artères sont dilatées, distendues ou en état de *diastole*. Pendant le second, elles sont contractées, rétrécies ou en état de *systole*. Les artères constituent donc un instrument ou un organe d'hydraulique *vivante*, à quatre temps, et non à deux, comme on l'avait cru jusqu'ici.

2. Le premier *choc*, connu sous le nom de *pouls*, est produit par la systole ventriculaire du cœur. Le second choc, on pourrait dire le second pouls, résulte de la systole des artères; celles-ci sont donc *passives* dans le premier et *actives* dans le second.

3. Ces deux chocs alternatifs des artères constituent un *dicrotisme normal*, dont le *dicrotisme* prétendu *anormal* n'est que le renforcement, soit *simple*, soit *double*, c'est-à-dire, soit qu'il porte seulement sur le second choc, ou *systolique*, soit qu'il porte à la fois sur celui-ci et sur le premier choc, ou *diastolique*.

4. Contrairement à la doctrine de Harvey et à celle de certains physiologistes modernes, les artères possèdent, comme le cœur, une *force* impulsive, sans le concours de laquelle le premier acte de la circulation du sang (transport de ce liquide dans toutes les parties du corps) ne saurait s'accomplir.

Les mouvements coordonnés des artères du cœur sont régis par l'innervation ganglionnaire; mais le siége *précis* du centre nerveux qui *coordonne* ces mouvements, d'une régularité vraiment admirable, reste encore à découvrir.

A la suite de la communication du savant professeur, M. Bouley prend la parole et déclare qu'il ne se propose pas de discuter la doctrine que M. Bouillaud vient d'exposer sur les quatre temps des pulsations. Il dira seulement que, pendant que M. Bouillaud parlait, il a cherché, par l'exploration de son propre pouls, à constater ces différents temps, et qu'il n'a pu les reconnaître. Mais ce n'est pas sur ce sujet que M. Bouley veut faire quelques observations, c'est sur un autre point de la communication de notre confrère, celui qui est relatif au rôle des artères dans la circulation.

D'après M. Bouillaud, des physiologistes éminents de notre temps, mais qu'il n'a pas nommés, affirmeraient que ce rôle est nul et que le cœur est le seul agent du mouvement du sang. M. Bouillaud semble donner aujourd'hui comme une idée nouvelle que, au contraire, les artères sont actives et contribuent, pour leur part, à faire mouvoir le sang dans l'appareil qu'elles constituent. En l'absence de ceux des membres de l'Académie qui ont, en physiologie, une compétence particulière, M. Bouley croit devoir faire observer que cette idée, loin d'être nouvelle, date, au contraire, de longtemps dans la science, et il a le souvenir très-précis que Magendie l'a formellement exposée, comme sienne, dans sa *Physiologie*, il y a quarante ans. D'après Magendie, c'est grâce à l'élasticité des parois artificielles que *le mouvement intermittent du cœur serait transformé en mouvement continu*. Il est vrai que Magendie fait jouer ce rôle à l'élasticité, tandis que M. Bouillaud invoque peut-être la contractilité; mais, au point de vue de ce qui est en discussion actuellement, cette question est secondaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 juillet 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Sommaire. — Nouveau traitement du kératocone ou cornée conique. — Ulcères à forme névralgique.

Nouveau traitement du kératocone ou cornée conique. — M. le docteur Abadie fait une communication relative a une petite opération chirurgicale qu'il a eu l'occasion de pratiquer avec succès dans un cas de kératocone, affection réputée incurable par les auteurs jusqu'à ce que les travaux de Donders, de Bowman et de de Graefe aient montré, dans ces derniers temps, que l'on pouvait sinon la guérir complétement, du moins en atténuer les fâcheux effets.

Donders imagina les lunettes sténopéiques, disque opaque percé d'un petit trou, qu'on place au devant de l'œil malade. On supprime ainsi l'action réfringente de la cornée, dont la surface est irrégulière, et la vision se trouve très-notablement améliorée.

Bowman chercha à obtenir le même résultat en diminuant l'ouverture pupillaire. Pour cela il enclavait l'iris aux deux extrémités du diamètre vertical de l'œil, de sorte que la pupille était transformée en une fente verticale étroite.

De Graefe essaya de faire disparaître cette courbe exagérée de la cornée, en utilisant la propriété rétractile du tissu cicatriciel. Après avoir fait une abrasion du tissu de la cornée dans son point le plus culminant, il touchait régulièrement cette petite plaie durant trois semaines environ avec la pointe du crayon de nitrate d'argent; puis il abandonnait le tout aux efforts de la nature. La cicatrisation s'opérait, et ce nouveau tissu produisait en se réticulant un léger aplatissement de la cornée.

Dans le nouveau procédé de M. Abadie, au lieu de provoquer une ulcération au sommet de la cornée, on perfore au moyen d'un trépan oculaire le tissu cornéen, et on en enlève une petite rondelle circulaire. Cela fait, on introduit à travers cette ouverture des ciseaux à pointe mousse, qui servent à fendre l'iris dans toute la longueur de ses rayons. La plaie cornéale ne tarde pas à se combler, amenant par là même un aplatissement notable de la cornée. Et comme, d'autre part, la tache opaque qui correspond à la portion de cornée enlevée se trouve précisément en face de la pupille, l'iridectomie préventive agrandit ainsi le champ visuel et améliore beaucoup la vision.

Ulcères à forme névralgique. — M. le docteur Terrillon communique deux cas d'ulcère à forme névralgique pour lesquels on avait tenté, sans succès, les moyens les plus divers : poudre de camphre, poudre d'iodoforme, bandelettes de diachylon, appareil ouaté, etc.

Ces ulcères, qui siégeaient au mollet, avaient pour caractères principaux de s'être développés spontanément, de s'étendre en surface et en profondeur, d'envahir non-seulement les tissus cutanés et sous-cutanés, mais encore de gagner les parties plus profondes, les muscles et les aponévroses.

Les malades n'offraient aucune diathèse, syphilitique ou scrofuleuse, et n'avaient pas de lésion appréciable du système circulatoire.

Mais le caractère dominant de ces ulcères, c'est la névralgie qui les accompagne et qui se manifeste soit spontanément, soit sous l'influence du moindre contact, par des accès de douleur violente, s'irradiant dans diverses directions et amenant une turgescence des parties.

Ces ulcères peuvent être modifiés par des pansements méthodiquement faits, mais ils ont une tendance extrême à récidiver et à se recouvrir d'une couche pultacée, fibrino-purulente, analogue à cet état de plaies qu'a décrit Guersant sous le nom de pourriture scrofuleuse.

Considérant le peu d'efficacité des divers moyens employés, M. Verneuil a pratiqué, dans ces deux cas, la résection du nerf sciatique poplité externe. Le résultat obtenu a été des plus remarquables. Les exacerbations douloureuses ont disparu complétement aussitôt après l'opération.

La cicatrisation s'est faite progressivement et sans récidive.

Ces ulcères semblent donc être entretenus par une irritation des nerfs, et le meilleur moyen de faire cesser les troubles trophiques, c'est d'abolir le système nerveux de ces parties lorsque les autres moyens ont échoué.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

JOURNAL DES JOURNAUX

Hernie étranglée réduite par les poudres gazéifères, par M. TORRES. — Un boucher, âgé de 45 ans, portait une double hernie inguinale depuis cinq ans lorsque, le 11 avril dernier, celle de gauche s'étrangla. Un taxis prolongé pendant plusieurs heures, par M. Torres et l'un de ses confrères, ne pouvant arriver à la réduction, malgré l'emploi des sangsues et des ventouses, de la glace, de la belladone, des lavements de tabac et de tout ce qui se fait en pareil cas, il ne restait plus que la kélotomie à proposer, et que la famille refusa. On était au 14, c'est-à-dire, au troisième jour de l'étranglement, avec vomissements de matières fécales et prostration extrême, lorsque M. Torres, percevant des gaz dans le sac herniaire, eut l'heureuse idée d'*augmenter la force pour vaincre la résistance*, par le développement artificiel de gaz dans l'intestin. C'était la même idée que cet infirmier mit à exécution avec succès sur un prisonnier de Californie atteint d'étranglement herniaire, et dont l'observation, rapportée l'an dernier par le docteur Taliaferro, a été reproduite partout. Des injections furent donc faites dans le rectum avec 15 grammes de bicarbonate de soude dans 250 grammes d'eau, et ensuite

avec l'acide tartrique. Des gargouillements bruyants s'ensuivirent sans que le malade en accusât de la douleur. Ces injections furent répétées, et l'effet fut une diminution de la tumeur herniaire et une amélioration de l'état général, mais sans que des selles survinssent. Ce n'est que le 16 au matin que la tumeur, réduite à un tiers de son volume, une nouvelle injection ayant été faite, M. Torres tenta de nouveau le taxis pendant le développement des gaz et sentit immédiatement la réduction s'opérer. En même temps, la force des gaz, vainquant celle du sphincter anal, lança à une grande distance un liquide spumeux et fétide mêlé d'excréments. (*Siglo medico*, juillet.)

Ce succès est un puissant encouragement pour ce nouveau mode de traitement de certains étranglements herniaires. S'il est vrai que l'usage topique de la glace et l'emploi interne de la belladone, continués jusqu'à la fin, ont pu avoir une certaine influence sur la réduction, il n'en ressort pas moins que le développement artificiel des gaz a été la cause déterminante de cette réduction. — P. G.

Traitement de l'angine couenneuse par la cautérisation. — A propos de *Quelques réflexions sur la thérapeutique du croup*, par M. le professeur Malherbe, de Nantes, à la Société de médecine de cette ville, et de la discussion qui s'en est suivie, dans lesquelles la cautérisation a été généralement repoussée, M. le docteur Théobald Thibault a relaté une épidémie d'angine couenneuse contre laquelle ce moyen a, au contraire, fait merveilles. Il employait une solution d'azotate d'argent au cinquième, qu'il portait sur les parties malades à l'aide d'une éponge, après avoir enlevé préalablement toutes les fausses membranes visibles. Ces cautérisations, faites avec énergie et soin, étaient répétées journellement ou tous les deux jours, jusqu'à ce que la teinte grisâtre et l'épaisseur caractéristique des fausses membranes fussent d'un blanc laiteux et d'une faible consistance. La moyenne a été ainsi de trois cautérisations consécutives. Des insufflations ou des gargarismes d'alun étaient faites dans l'intervalle. C'est ainsi que, sur un total de 195 cas de diphthérie observé, en sept communes circonvoisines, il n'y eut que 38 décès dont 22 de croup, sur 30 cas, et 7 seulement d'angine couenneuse sur 158 cas, malgré leur gravité attestée par des paralysies consécutives.

L'indication de la cautérisation est, pour l'auteur, dans l'accès facile des fausses membranes qu'il est ainsi possible de modifier, de détruire sur place. On les atteint facilement dans le pharynx et l'on prévient leur extension par continuité à la trachée et au larynx dans l'angine couenneuse. C'est ainsi qu'elles sont préventives du croup, qui n'est souvent que la suite de celle-là, et c'est la difficulté sinon l'impossibilité de les atteindre dans celui-ci qui explique les nombreux insuccès de la cautérisation. Des faits nombreux et comparés, ayant la valeur d'une véritable expérimentation clinique, ont démontré dans cette épidémie la supériorité de la cautérisation. Ainsi se trouve réhabilitée, par un digne émule de Bretonneau et de Trousseau, leur médication tombée aujourd'hui en grand discrédit. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, deuxième trimestre.) — P. G.

FORMULAIRE

LOTION CONTRE L'ALOPÉCIE SYPHILITIQUE. — LANGLEBERT.

Rhum.	90 grammes.
Alcoolat de mélisse.	10 —
Teinture de cantharides.	10 —
Bichlorure de mercure	5 à 10 centigr.

F. s. a. une solution, conseillée dans le cas d'alopécie syphilitique, aux sujets dont la chevelure, rebelle et naturellement huileuse, se prête mal aux onctions avec les pommades. On verse quelques gouttes de cette solution sur le cuir chevelu, et on les fait absorber en frictionnant avec les doigts pendant une ou deux minutes. En outre, on prescrit à l'intérieur le traitement antisyphilitique. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 27 SEPTEMBRE 1605.

Mort, à Montauban, à l'âge de 103 ans, de Robert Constantin, médecin voyageur, littérateur et polyglotte, ami intime de Théod. de Bèze et de J.-C. Scaliger. — A. Ch.

COURRIER

BULLETIN DU CHOLÉRA. — Tout en diminuant lentement dans le foyer primitivement envahi en Italie, les provinces de Venise et de Trévise, l'épidémie y persiste encore et continue à

s'étendre de proche en proche par une marche lente, vague et irrégulière, mais continue. Au 15 septembre, de nouveaux cas se manifestaient encore en Vénétie, dans des localités isolées, comme pour montrer que le fléau n'a pas disparu.

Après une exacerbation à Padoue, dans la première quinzaine de septembre, la décroissance s'est dessinée ensuite dans la province. Mais une mortalité considérable est signalée comme résultant de la gravité des autres maladies coïncidentes, de même qu'au Havre. Les enfants y payent le plus large tribut. La diffusion du fléau persiste dans le Frioul, mais sans grande intensité.

Les provinces environnantes ont été successivement envahies. Dès les premiers jours de septembre, un cas fatal provenant de Piove, où est condensé le foyer le plus ardent, éclatait dans celle de Vicence, jusque-là indemne. D'autres cas ont suivi dans celle de Vérone. Dans celle de Bellune, des cas se sont déclarés à Lentiai et à Alpago vers le 15 septembre. Les trois premières victimes venaient des provinces austro-hongroises; une personne les ayant soignées a été atteinte ensuite.

Dans ce foyer du nord-est, Rovigo ne pouvait guère échapper. Des cas s'y sont montrés tout à coup, de même que dans l'Istrie et le Trentin.

Les cas s'accroissent à Trieste, dont le gouvernement maritime vient d'admettre en libre pratique les provenances de Venise.

A l'ouest, Gênes est très-maltraitée; le nombre des victimes y rappelle presque les graves épidémies précédentes. Une recrudescence s'est aussi manifestée à Parme.

Au sud, l'épidémie a été importée des Marches à Macerata et le reste de la province par quelques cas isolés, ainsi qu'à Naples. Le talon de la botte italienne pourrait donc bien être envahi tout entier.

Si l'on ne peut dire que c'est là une grande épidémie, elle en a pourtant toutes les périodes. Ces recrudescences subites et inexpliquées témoignent surtout de la contagion. Aussi n'en peut-on prévoir la fin, malgré tous les divers moyens de localisation tentés séparément par les provinces et les municipalités envahies. L'anarchie signalée à cet égard n'est peut-être pas la moindre cause de la diffusion du fléau. — Y.

— Nous lisons dans un journal de Saint-Étienne, le *Stéphanois* :

« M. Girrier, médecin inspecteur de l'armée, a été envoyé à Saint-Étienne par le ministre de la guerre pour étudier l'épidémie qui sévit dans la garnison de cette ville, et pour y porter un prompt et énergique remède.

On sait que les militaires appartenant au 75e de ligne sont atteints, depuis près de trois mois, d'une inflammation de la glande thyroïde.

La maladie, au lieu de diminuer d'intensité, paraît avoir pris, en ces dernières semaines, un développement sinon dangereux, du moins de nature à éveiller la sollicitude de l'administration de la guerre.

A l'heure qu'il est, près de 200 soldats sont en traitement à l'infirmerie, une quarantaine ont dû être congédiés.

Jusqu'à présent, tous les efforts tentés par les chirurgiens-majors semblent n'avoir produit qu'un résultat négatif. Aucun des hommes éprouvés, même dès le début du mal, n'est encore rétabli; ceux qui étaient sortis de l'infirmerie, en convalescence, y ont dû être réintégrés les uns après les autres.

Le traitement par l'iodure de potassium est resté sans effet appréciable. Les sous-officiers, exempts dès le principe de l'épidémie, commencent à succomber; plusieurs ont dû cesser complétement leur service.

Les militaires du 96e, demeurés longtemps hors des atteintes de la contagion qui affectait leurs camarades, ne sont plus, eux aussi, complétement à l'abri à cette heure. Enfin, on nous annonce que le mal semblerait vouloir aussi gagner les cavaliers.

Le ministre de la guerre s'est d'autant plus ému de cet état de choses, que le nombre des hommes frappés s'accroît tous les jours, sans que la population civile des quartiers voisins de la caserne présente un seul cas analogue.

On n'a pu encore établir les causes réelles de cette tenace épidémie.

Assurément, ces causes sont toutes locales, car, jusqu'à présent, les garnisons de Montbrison, de Lyon et des grandes villes de la région sont complétement indemnes. »

— M. le docteur Ball fera sa deuxième leçon sur le choléra le mardi 30 septembre (au lieu du jeudi 25 septembre), à l'Hôtel-Dieu.

Le numéro de ce jour, comme le numéro précédent, contient un Supplément de huit pages.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES

1868—1873

Troisième note, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 26 septembre 1873,

Par M. Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I. *Documents statistiques de l'Assistance publique.* — II. Hôpital Lariboisière, M. le docteur Siredey : *Statistique comparée du choléra et des diarrhées cholériformes des nouveau-nés ; non-identité de ces deux affections.* — M. le docteur Hayem : *Cas intérieurs et extérieurs.* — III. Hôtel-Dieu : M. Damaschino. — IV. Hôpital de la Charité : M. le docteur Audhoui. — V. Hôpital Saint-Louis. — VI. Hôpital militaire Saint-Martin : M. le docteur Cabrol, médecin en chef. — VII. Hôpital militaire du Gros-Caillou, M. le docteur Champenois, médecin en chef : *Note statistique et observations cliniques.* — VIII. Hôpital militaire du Val-de-Grâce, M. le docteur Kelsch, professeur agrégé : *Note statistique; observations cliniques et nécroscopiques.*

I

DOCUMENTS STATISTIQUES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

La troisième semaine de l'épidémie cholérique confirmée est remarquable par un abaissement général très-accentué du chiffre des malades cholériques, aussi bien dans les hôpitaux civils et militaires que dans les diverses parties de la ville.

Nous avions compté, dans les hôpitaux civils :

Du 4 au 11 septembre.	81 cas,	49 décès,	3 sorties,	29 en cours de trait.
Du 11 au 18 id.	86 cas,	48 décès,	3 sorties,	64 —
Du 18 au 25 id.	les chiffres sont de :			
	61 cas,	30 décès,	33 sorties,	56 en cours de trait.

Ce qui donne pour les trois semaines écoulées, du 4 au 25 septembre inclusivement, pour les hôpitaux civils,

228 cholériques 133 décès 39 sorties
et 56 malades restant en traitement.

Hier, jeudi 25 septembre, il y a eu dans les hôpitaux 5 cas de choléra, dont 2 extérieurs et 3 intérieurs ; 5 malades sont sortis, 7 ont succombé.

Voici les états détaillés dressés par M. le Directeur général de l'Assistance publique :

FEUILLETON

MA TROISIÈME ET DERNIÈRE

Aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE et au docteur Amédée LATOUR

SUR L'EXPOSITION DE VIENNE.

Il faut avoir du courage pour affronter la température aux galeries de l'Exposition, par la chaleur qui règne. Si de temps en temps de terribles orages ne venaient répandre quelques millimètres d'eau sur le sol des rues et sur les allées du Prater, il n'y aurait pas d'autre ressource que l'émigration. On émigre du reste ; les courageux qui visitent l'Exposition y font quelques pas et puis vont se réfugier dans les bièreries et les cafés, sans prendre souci des curiosités ou des surprises dont ils se privent. Le choléra aide de son côté à cette émigration, car, au lieu de diminuer, il augmente. Ce n'est pas une illusion. Dans l'une de ces dernières semaines, il y a eu dans une de ces maisons-casernes du faubourg, à l'usage des classes pauvres et qui contenait 200 habitants, il y a eu, dis-je, 20 malades et 20 cas de mort, un mort par malade ! Ce n'est pas fait pour faire céder le pas à la prudence sur la curiosité.

Cette fois je voudrais vous parler des préparations anatomiques du docteur Marini, qui ont le privilége mérité d'exciter au plus haut point la curiosité publique. C'est un spectacle intéressant pour les visiteurs qui ont l'avantage d'assister aux explications et aux démonstrations du docteur italien. La cour a voulu témoigner, par sa présence, qu'elle n'était pas indifférente à un tel succès. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on essaye de soustraire à la putréfaction les

État, par établissement, des malades cholériques admis, entrés et décédés dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, du 4 au 25 septembre 1873.

	Admissions					Total des sorties et des décès.	Restant au soir.
	de l'ext.	de l'int.	Total.	Sorties.	Décès.		
Hôtel-Dieu	25	25	50	11	27	38	12
Pitié	5	2	7	1	4	5	2
Charité	11	11	22	2	14	16	6
Saint-Antoine. . . .	14	1	15	7	5	12	3
Necker	9	1	10	2	6	8	2
Beaujon.	20	19	39	4	24	28	11
Lariboisière.	35	21	56	6	34	40	16
Saint-Louis.	7	10	17	4	13	17	0
Enfants-Malades . .	7	»	7	2	1	3	4
Maison de santé . .	3	»	3	»	3	3	»
Vieillesse (femmes).	2	»	2	»	2	2	»
Totaux. . .	138	90	228	39	133	172	56

État, par établissement, des malades cholériques admis, entrés et décédés dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, pendant la journée du 25 septembre 1873.

	Existant au matin.	Admissions			Total des sorties			
		de l'ext.	de l'int.	Total.	Sorties.	Décès.	et des décès.	Restant au soir.
Hôtel-Dieu	12	»	2	14	»	2	2	12
Pitié	2	»	»	2	»	»	»	2
Charité	6	»	»	6	»	»	»	6
Saint-Antoine. . . .	3	»	»	3	»	»	»	3
Necker	3	»	»	3	»	»	1	2
Beaujon.	15	1	»	16	1	4	5	11
Lariboisière.	16	1	1	18	1	1	2	16
Enfants-Malades . .	6	»	»	6	2	»	2	4
Totaux. . .	63	2	3	68	5	7	12	56

tissus organiques. Les recherches qui se sont proposé ce but datent de l'ancienne Égypte. De notre temps, les différentes injections, soit de mercure, soit de zinc, ont simplifié la complication des embaumements et conservé pour un temps plus ou moins long une forme humaine privée de vie. Nous avons vu, par d'autres procédés, la chair musculaire acquérir la solidité de la pierre. Un mien ami avait obtenu, il y a bien des années, de ces préparations pétrées dont quelques échantillons lui servaient de serre-papier. Le docteur Marini est arrivé au *nec plus ultrà* de cet art qui n'est pas nouveau, mais qui a quelque importance et même une incontestable utilité. Ses préparations sont obtenues à tous les degrés de consistance. Elles sont flasques, impressibles comme sur le vivant, et revêtent ce ton particulier de couleur et de transparence qui est presque la chair douée de vie. Les Italiens ont un mot pour exprimer ce caractère spécial des tissus vivants, mot qui serait heureux s'il ne servait pas à trop de choses; ce mot, c'est celui de *morbidezza*. Il y a un peu, en effet, de cette *morbidezza* artistique dans les fragments exposés au public ou montrés en particulier aux connaisseurs. Le docteur Marini qui a voulu atteindre, comme je l'ai déjà dit, tous les degrés de consistance dans son mode de conservation des cadavres, est allé encore plus loin jusqu'à cette limite où il n'y aurait plus rien de mieux à faire. De la consistance du marbre, le docteur Marini peut rendre à la fibre organique sa souplesse. C'est une sorte de procédé de révivification. On sait que par la dessiccation, les rotifères, par exemple, passent en apparence à l'état de cadavre, état dans lequel ils peuvent être conservés pendant un temps dont la durée ne se compte pas. Il suffit d'une goutte d'eau pour remettre en mouvement le mécanisme de la vie. On sait aussi qu'en enlevant l'eau de végétation aux plantes, on les conserve dans un état qui les préserve de la décomposition. Il n'y a qu'à la leur rendre pour qu'elles reprennent la fraîcheur qu'elles avaient avant la cueillette. Quel est le procédé chimique employé par le docteur italien pour faire rétrograder, sans la consistance, les tissus dont il a fait des fragments de

Existant le 4 septembre au matin.		»
Entrées jusqu'au 25 septembre au soir . . .		228
Total des malades traités.		228
Sorties.	39	172
Décès	133	
Restant en traitement		56

II

HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

1° Service de M. Siredey. Femmes en couches et nouveau-nés : Sur 47 femmes admises pour accoucher, du 4 au 24 septembre, M. Siredey relève 3 cas de choléra ayant donné lieu à 2 décès. Sur les 47 enfants nés dans le même laps de temps, il y a également 3 cas de choléra infantile terminés par la mort.

A ce sujet, notre collègue fait remarquer que, depuis dix-huit mois, il ne s'est pour ainsi dire pas écoulé de semaine sans qu'il ait observé plusieurs décès par diarrhée cholériforme chez les enfants. Il rappelle que, l'an dernier, à peu près à pareille époque, les cas de mort par cette maladie étaient si nombreux qu'il a dû demander la fermeture de la salle Sainte-Anne. Et cependant, alors que le choléra infantile faisait tant de victimes, il *n'a pas constaté une seule fois, chez les femmes accouchées, la moindre cholérine, diarrhée cholériforme, ou rien d'analogue.*

« Or, si l'on tient compte, dit M. Siredey, des conditions spéciales où se trouve la salle Sainte-Anne au point de vue de l'*endémicité* du choléra infantile depuis dix-huit mois, et que l'on rapproche ces conditions de l'influence *épidémique* actuelle, on ne peut qu'être surpris du petit nombre de décès survenus par diarrhée cholériforme, dans ces trois dernières semaines. Ces faits tendent donc à prouver, contrairement aux opinions émises dans l'une des dernières séances de l'Académie, que la diarrhée cholériforme, ou le choléra infantile, *ne sont pas* la même maladie que le choléra qui nous préoccupe aujourd'hui ; que ces affections n'ont avec lui que *des points de ressemblance* trompeurs, mais qu'elles en diffèrent essentiellement quant à la pathogénie et à la nature. En effet, l'an dernier, malgré l'intensité de l'épidémie de choléra infantile, aucune femme accouchée n'est atteinte, et cette année, alors que la même salle Sainte-Anne est soumise à l'influence de l'épidémie cholérique, les diarrhées cholériformes des nouveau-nés, qui y existent à l'état endé-

---

marbre ? Quel est le bain qu'il emploie pour dissoudre le composé chimique par lequel la dureté est obtenue ? Je n'en sais rien. Le lecteur peut être assuré que si je le savais je le dirais.

A ce sujet, il me vient dans l'esprit une réflexion que je ne puis m'empêcher de communiquer à mes lecteurs. Puisque les Italiens sont si habiles à conserver les cadavres, pourquoi ne s'appliquent-ils pas mieux à conserver les vivants ?

On sait comment est mort dernièrement à Venise, pendant l'épidémie régnante du choléra, un de nos auteurs les plus estimés, Philarète Chasles, le vulgarisateur de l'œuvre du docteur Warron, intitulée : *Les Mémoires d'un médecin.* Dès les premiers symptômes, sa nièce, qui l'accompagnait dans son voyage, s'empressa d'appeler un médecin. L'hippocrate vénitien arriva et déclara que le malade était atteint du choléra. Il ordonna du champagne pour tout remède, ne revint plus et fut remplacé par un soldat qui, comme la garde du Louvre, ne pouvait à elle seule empêcher la mort d'entrer. Naturellement, malgré le champagne qui, du reste, ne devait pas être authentique, le malade mourut ; quant à ce qui se passa de plus, il vaut mieux ne pas le dire. Le docteur Ed. Carrière, un mien ami, et, je crois, un peu le vôtre, m'a raconté quelques-unes de ses aventures médicales vénitiennes qui méritent de prendre rang à côté de celle-ci. Un Français, d'une grande position sociale, arriva à Venise avec la petite vérole et y porta le premier germe d'une assez violente épidémie. La terreur fut d'abord dans l'hôtel et bientôt après dans le public. Ce ne fut qu'avec la plus grande difficulté que deux ou trois serviteurs se décidèrent à communiquer avec le malade. Sans un fils plein de dévouement, sans un prêtre français, et sans le docteur Carrière, peut-être eût-on mis une sentinelle à la porte, et notre pauvre compatriote se serait guéri comme il aurait pu. Du reste, mieux valait ne rien faire que de suivre le traitement qui fut prescrit pendant la durée

mique, bien loin d'augmenter, diminuent dans une proportion que nous n'avons pas observée depuis dix-huit mois. »

2° Services de MM. Jaccoud et Millard, suppléés par M. Hayem.

Le premier cas s'est développé à l'intérieur de l'hôpital, le 3 septembre, salle Sainte-Claire, 19 *bis*, préalablement à toute entrée du dehors; le premier cholérique n'a été amené du dehors que le lendemain.

8 cas intérieurs.	6 décès, 3 guérisons;
10 cas extérieurs.	5 décès, 5 guérisons.

Les cas intérieurs ont frappé des malades déjà gravement atteints : phthisie pulmonaire, phlegmon, rhumatisme articulaire, fièvre typhoïde, cirrhose. (Note de MM. Barety et Babourdin, internes.)

III

HÔTEL-DIEU.

Depuis le 19 septembre dernier, il est entré dans le service dirigé en ce moment par M. Damaschino, 3 malades venant tous des salles de l'hôpital. Le tableau général, depuis le début de l'épidémie, se décompose comme suit :

Entrés.	17	Morts.	9
		Guéris	5
		En traitement. .	3
			17

L'épidémie continue à présenter un haut caractère de gravité : l'algidité prédomine toujours, et, dans les nouveaux cas mortels, la réaction incomplète a fait place à une nouvelle période algide d'une durée très-longue. M. Damaschino donnera à la Société un compte rendu détaillé de quelques-uns de ces faits.

IV

HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Note communiquée par M. Audhoui, suppléant M. Bernutz.

Salle Saint-Joseph (femmes). — « Pendant la dernière quinzaine du mois d'août : diarrhées fréquentes, plus ou moins intenses, survenant sans causes appréciables et cédant facilement.

---

de l'épidémie par le plus grand nombre des médecins du lieu : la saignée, et encore la saignée. Comme le docteur Cerise avait raison de porter toujours sur lui, dans ses voyages, la note suivante, de peur de tomber entre les mains d'un médecin italien : — « Si je suis pris d'une maladie subite qui me prive de toute liberté d'esprit, j'exige qu'on appelle à mon secours un médecin homœopathe. » — Je suis sûr au moins, disait-il, que ce médecin ne me saignera pas.

Cependant, il faut être juste, les Italiens se sont distingués, à l'Exposition, par les produits de l'art et principalement par la statuaire; ils ont envoyé des marbres qui sont dans les bonnes traditions et font un grand effet sur le public. Ce ne sont pas des œuvres comme celles qu'enfantait le ciseau vigoureux de Puget, elles tiennent de la manière gracieuse et presque efféminée de Canova, artiste que la Péninsule n'a pas encore retrouvé. Mais, cela dit avec l'impartialité qui doit être la règle du critique, la supériorité nous revient. Si nos tableaux ne sont pas assez chastes, ils sont beaux de touche, de couleur, et font belle mine au milieu des merveilles de la céramique si bien représentée par les produits de Sèvres, comme le sont, parmi les produits italiens, les tables de pierre dure exposées par l'industrie florentine.

Si je quitte les choses de l'art pour celles de la guerre, j'aurai à m'arrêter à l'arsenal de la chirurgie française. On sait quelle variété de formes représente l'instrumentation chirurgicale, pour se prêter aux exigences si nombreuses de la chirurgie moderne. Une nouvelle méthode engendre toujours un nouvel instrument, si ce n'est plusieurs. L'outillage de l'artiste en est devenu énorme; son mode de construction a procuré même ce résultat, c'est de rendre l'habileté manuelle moins nécessaire, par suite de la perfection de l'outillage. Un des industriels qui a le mieux réussi dans la construction des instruments, en réunissant la sûreté et la précision des effets à la simplicité et à l'élégance de la forme, c'est la maison Charrière,

Toutes ces diarrhées sont nées dans le service; aucune n'est venue du dehors. La plupart des malades de la salle en ont été affectées.

D'abord, j'attribuai ces diarrhées à la nourriture; mais je dus renoncer à cette idée. En effet, toutes les femmes n'en furent pas atteintes à la fois; la diarrhée régna pendant un certain nombre de jours, frappant irrégulièrement tantôt d'un côté, tantôt de l'autre; enfin, je n'observais rien de semblable dans la salle des hommes et les habitudes du service de la cuisine n'étaient pas changées.

Alors je pensai qu'il fallait attribuer ces diarrhées aux vicissitudes atmosphériques, et je les considérai comme étant des *diarrhées saisonnières, catarrhales*. Je les rattachai aussi aux états gastriques, aux diarrhées, aux entérites, aux dysenteries catarrhales que j'observais en assez grand nombre, à cette époque, au Bureau central.

Telle était la situation de la salle Saint-Joseph, lorsque, le 4 septembre, apparut le premier cas de choléra :

1re N° 19. A. L..., 45 ans, domestique. Entrée le 5 août. *Début de la diarrhée indéterminé. Choléra confirmé le 4 septembre. Morte le* 5. — Pneumonie franche, à résolution rapide. L'ipéca, administré, provoqua de nombreux vomissements et des selles abondantes qui persistèrent après la chute de la fièvre, et cédèrent à l'action d'un régime et d'une médication appropriés. La malade ne se rétablit qu'à la suite d'une éruption ecthymateuse et furonculeuse; mais l'amélioration dure peu, et, de nouveau : perte d'appétit, vomiturition, diarrhée, fièvre, etc.

Le 3 septembre, la malade va aux cabinets, et là, se met à boire une grande quantité d'eau froide; la diarrhée devient abondante et la faiblesse extrême. — Le 4, dans la soirée, apparaissent les vomissements; les déjections sont liquides et bilieuses. Extrémités froides, voix éteinte, face cholérique, suppression des urines, douleurs très-vives à l'épigastre, pas de crampes. — Le 5, mort à 11 heures du matin.

Ouverture du corps. — Injection fine de tous les organes; pas de psorentérie évidente; coloration de la muqueuse des intestins par un liquide jaune et visqueux.

L'opinion de M. Audhoui fut que cette femme avait été atteinte de *choléra bilieux*; *catarrhal*, *nostras*, et non de choléra asiatique. Il se basait sur la cause occasionnelle probable, sur l'évacuation bilieuse persistante, et principalement sur l'absence de contagion.

---

représentée ou continuée par M. Colin. Aussi une des récompenses les plus hautes lui a été décernée. La supériorité des produits était incontestable. Un autre genre d'instrumentation que nos terribles guerres rendent indispensable et pour longtemps, c'est un système d'ambulances qui réunisse tous les éléments de secours dans un vaisseau commode et facile à manœuvrer autant que possible. Le problème auquel on s'était appliqué de toutes parts, dans ces derniers temps, a été à ce qu'il paraît résolu. Je ne sais s'il reste encore quelque chose à désirer, la perfection n'appartenant pas aux œuvres de l'homme. Tout porte à croire qu'il eût été bien difficile de mieux faire. C'est encore à la France, ce pays de la charité, que sont dues les nouvelles ambulances. Que de raisons pour nous en féliciter !

Une lettre sur l'Exposition de Vienne ou toute autre exposition universelle doit nécessairement se distinguer par de nombreuses lacunes. Comment tout dire et comment tout voir? Quelles sont les jambes bien organisées qui peuvent mesurer l'étendue kilométrique de tant de galeries, où le siége, le siége indispensable est trop souvent oublié? Il y a d'ailleurs des journaux spéciaux fondés pour ne négliger aucun détail, car ils sont payés pour cela; là se trouve ce que notre œil n'a pas vu ou que notre plume n'a pu écrire. Ce qui ressort de l'aveu général du spectacle qui se déroule sur la rive droite du Danube, dans la capitale du vieux empire autrichien, c'est que la France, loin d'y remplir un rôle indigne de son histoire, s'y montre toujours elle-même. Malgré les blessures dont son corps a été couvert et les dures épreuves qu'elle traverse, elle reste debout, prête à écrire de sa main affaiblie, mais encore ferme, les hauts faits que la Providence attend de son génie.

Un des 750 souverains qui gouvernent la France me disait il y a peu de jours : « Tout ça, ce sont des boutiques que nous voyons chaque jour en nous promenant sur les boulevards de Paris. Mais l'exhibition française offre un bien beau spectacle. Savez-vous comment m'apparaissent toutes les magnificences qu'elle étale? ce sont les trophées de marins de l'industrie. » Sauf l'emphase, défaut commun des hommes politiques, il me semble qu'il y a là quelque vérité.

UN MÉDECIN FRANÇAIS.

2° N° 22. E. G..., 45 ans, domestique. Entrée le 4 août. *Début de la diarrhée le 4 septembre. Choléra confirmé le 5 septembre. Morte le 8.* — Rhumatisme articulaire subaigu. Insuffisance mitrale n'ayant encore déterminé aucun trouble consécutif : Digitale et sels alcalins.

Le 4 septembre, diarrhée bilieuse très-abondante. — Le 5, les douleurs rhumatismales ont cessé. La diarrhée bilieuse persiste. Les vomissements apparaissent dans la journée. Extrémités froides, face cholérique, voix éteinte, grande faiblesse, douleurs épigastriques, pas de crampes, suppression des urines, etc. — Le 6, les vomissements se suppriment, mais la diarrhée persiste. Les déjections sont liquides, de couleur jaune clair, et laissent déposer des fragments épithéliaux de même couleur. La température axillaire du matin avait donné 37°7, celle du soir donne 38°2. La réaction paraît être sur le point de s'établir. — Le 7, réaction modérée. Température axillaire 37°9. Diarrhée moins abondante. Le soir, faiblesse extraordinaire, survenue brusquement, sans cause connue. Température axillaire 38°. — Le 8, résolution absolue des forces. Les parties découvertes sont glacées, bleuâtres; les parties couvertes sont chaudes. Les matières, rendues en très-petite quantité, sont bilieuses et demi-liquides. On a pu recueillir environ 30 grammes d'urine. Elle est rouge, chargée d'urates et sans albumine. Température axillaire 39°. A cinq heures du soir, le thermomètre marque 39°8. Mort à onze heures de la nuit.

Nécropsie : M. Guyard, interne du service, a relevé les faits suivants : La muqueuse de l'intestin est recouverte d'un liquide verdâtre. Congestion de tous les organes. La moitié inférieure de l'intestin grêle est moins injectée que la partie supérieure et que le gros intestin. Suffusions sanguines dans la muqueuse de l'estomac. Psorentérie très-évidente dans le gros intestin, peu ou point appréciable dans le petit. Insuffisance de la valvule mitrale, dont les bords libres sont d'ailleurs peu épaissis.

« Ce second cas de choléra, dit M. Audhoui, me parut être de même nature que le précédent. Cependant, j'allais voir se développer un cas bien net de choléra asiatique; et, aujourd'hui, je doute singulièrement de la validité de mes deux premiers diagnostics. »

3° N° 21. L. B..., 45 ans, couturière. Entrée le 25 août. *Début de la diarrhée le 4 septembre. Choléra confirmé le 9 septembre. Guérison assurée le* 13. — Érysipèle de la face. Fièvre modérée. Bon état des forces. Résolution de l'érysipèle. Rechute. Convalescence.

Le 4 septembre et les jours suivants, diarrhée. Craignant d'être mise à la diète, la malade ne parle point de sa diarrhée et ne change rien à ses habitudes. — Le 7, diarrhée profuse. — Le 8, les déjections sont blanches, troubles, avec les débris épithéliaux caractéristiques. — Le 9, abattement profond, algidité, face cholérique, voix affaiblie, douleurs vives à l'épigastre, suppression des urines. Température axillaire : 36°2. Le soir, plus de vomissements. Évacuations diarrhéiques modérées; peau chaude aux parties découvertes. Commencement de la réaction. Température axillaire : 37°7. — Le 10, réaction modérée. — Le 11, peau chaude et halitueuse. Les urines coulent, les matières intestinales prennent une coloration bilieuse et sont moins liquides. La température axillaire donne 37°2 pour le matin et pour le soir. La température rectale est plus élevée d'un degré. Pendant la nuit, sueurs abondantes. — Le 12, amélioration persistante. — Le 13, rétablissement des forces. La diarrhée a cessé, les urines coulent abondamment, la voix est normale. Guérison définitive le 24 septembre.

« L'apparition de ce cas de choléra, dit M. Audhoui, qui ne pouvait plus se rapporter au choléra bilieux et qui, par conséquent, n'était point dû aux vicissitudes atmosphériques, m'engagea à rechercher par quelles voies le miasme indien, seule cause occasionnelle du choléra asiatique dans nos pays, avait pu s'introduire dans la salle, et à porter mon attention sur les fosses mobiles qui desservent l'hôpital de la Charité.

Les *tinettes* sont-elles bien nettoyées, désinfectées après la vidange? Les mêmes tinettes servent-elles constamment au même hôpital, aux mêmes salles? On m'a assuré que les tinettes, n'appartenant pas à l'administration de l'Assistance publique, servaient indifféremment à la ville et aux hôpitaux. Il y aurait lieu de rechercher peut-être quel rôle ces fosses mobiles peuvent jouer dans la diffusion de la maladie. Les miasmes cholériques avaient-ils été introduits ainsi dans mon service? Je me rattachais à cette idée, ne pouvant admettre que le choléra asiatique se fût développé spontanément dans la salle Saint-Joseph, sous l'influence des seules causes occa-

sionnelles communes. Quoi qu'il en soit, le choléra indien s'étant développé dans la salle, j'attendais l'explosion rapide de nouveaux cas. Or, il arriva que les diarrhées cessèrent au commencement de septembre, et que c'est tout au plus si j'en observai trois ou quatre cas bénins à partir du 4. Je croyais en avoir fini avec le choléra, lorsque le quatrième fait se produisit. »

4° N° 4. J. P..., 61 ans, institutrice. Entrée le 26 avril. *Début de la diarrhée le* 17 *septembre. Choléra confirmé le* 21 *septembre. Morte le* 23. — Kyste de l'ovaire multiloculaire. Léger épanchement ascitique. Amaigrissement considérable. Grande faiblesse. — Le 17 septembre, diarrhée. Cette femme, s'imaginant que la perte humorale ferait diminuer le volume de la tumeur, ne me dit rien. — Dans la nuit du 20 au 21, diarrhée très-abondante et vomissements. — Le 21, état algide, voix éteinte, face cholérique, déjections riziformes, crampes légères aux mollets, etc. Température vaginale : 37°4. Le soir, aggravation de tous les symptômes. Temp. vag.: 36°8. — Le 22, agonie. L'épanchement ascitique a disparu, et la tumeur ovarienne apparaît nettement avec toutes ses anfractuosités et ses bosselures. Temp. vag. du matin et du soir : 39°4. — Mort dans la matinée du 23.

Nécropsie : Congestion de tous les organes. Injection très-fine de l'intestin grêle, sous-péritonéale et sous-muqueuse. Cette injection est si fine et si uniforme que la muqueuse est rose pâle dans toute son étendue. L'estomac et l'intestin contiennent un liquide analogue au liquide des déjections rendues pendant la vie. Psorentérie modérée. Tuméfaction légère de quelques plaques de Peyer. Tumeur kystique multiloculaire de l'ovaire droit.

V

HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Depuis le 11 septembre, il ne s'est déclaré aucun cas intérieur; 3 malades seulement sont entrés : une femme de 48 ans, ménagère, demeurant, 43, rue de Malte (XIe arrondissement), et son enfant, âgé de 19 mois; entrés le 20, atteints de *choléra foudroyant*, ils avaient succombé tous les deux le lendemain, malgré les soins les plus judicieux et les plus empressés. La troisième malade, gravement atteinte, est entrée ce matin même (26 septembre) (1).

(La suite à un prochain numéro.)

COMPARAISON ENTRE LES ÉPIDÉMIES DU CHOLÉRA DE 1853-54, 1865-66 ET 1873 ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 26 septembre 1873,

Par M. BROUARDEL, médecin des hôpitaux.

Bien que l'épidémie de choléra semble depuis quelques jours en voie de décroissance, je crois que ce serait s'exposer à être victime d'une cruelle illusion que de négliger pour cela de prendre toutes les mesures que pourrait suggérer la crainte d'une épidémie menaçante.

Je me fonde, pour ne pas partager un optimisme que je considère comme dangereux, sur la comparaison de la marche des épidémies de 1853-54 et 1865-66, qui, comme celle-ci, sont arrivées à l'automne.

En comparant par mois l'épidémie de 1853-54 et de 1865-66, on voit que :

Epidémie de 1853-54.		*Épidémie de* 1865-66		*Épidémie de* 1873.	
Du 7 nov. au 1er décemb.	154	Du 1er septemb. au 1er octob.	245	Du 5 au 22 sept.	282
Décembre	568	Octobre	4536		
Janvier 1854	34	Novembre	1281		
Février	3	Décembre	285		
Mars	101	Janvier			
Avril	483				
Mai	386				
Juin	1023				
Juillet	1256				

(1) Cette femme a succombé le jour même, et, le lendemain (27), son enfant est apporté à Saint-Louis atteint d'un choléra grave.

Août	2610
Septembre	923
Octobre	529
Novembre	134
Décembre	171

En comparant par semaine l'épidémie de 1865-66 et celle qui commence, on trouve :

	Épidémie de 1865-66.		*Épidémie de* 1873.	
1re semaine	1er septembre au 7	39	1re semaine, du 5 septembre au 11	95
2e —	8 — 14	34	2e — 12 — 18	147
3e —	15 — 21	34	3e — 19 — 22	40
4e —	22 — 28	95	jusqu'au 22.	
5e —	29 — 5 octob.	380		
6e —	6 octobre au 12	1040		
7e —	13 — 19	1465		
8e —	20 — 26	1159		
9e —	27 — 2 novemb.	690		
10e —	3 novemb. au 9	438		
11e —	10 — 16	281		
12e —	17 — 23	261		
13e —	24 — 30	136		
14e —	1er décemb. au 7	62		
15e —	8 — 14	92		
16e —	15 — 21	94		
17e —	22 — 28	30		

Ces chiffres nous prouvent que si, actuellement, la mortalité de la dernière semaine a fléchi, elle est pourtant encore supérieure à la mortalité des semaines correspondantes des dernières épidémies.

D'autre part, le chiffre si élevé des cas intérieurs de choléra dans les hôpitaux met en évidence l'insuffisance des moyens jusqu'à ce jour employés, et désignés à tort, suivant moi, sous le nom d'isolement.

Sans vouloir préjuger un avenir que notre ignorance des moyens de propagation du choléra ne nous permet pas d'entrevoir, je considère l'examen de la marche antérieure des épidémies comme une de nos meilleures sources de renseignements.

Ma conclusion est celle-ci : Prenons nos mesures comme si nous étions au début d'une épidémie grave ; si nous nous trompons, nous n'aurons rien à nous reprocher ; l'erreur inverse ne nous laisserait pas pour plus tard la même tranquillité de conscience.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

DES MOYENS DE PRÉVENIR ET DE TRAITER LE CHOLÉRA ; ÉTUDE FONDÉE SUR UNE CONNAISSANCE DES CAUSES ET DU MODE DE PROPAGATION DE CETTE MALADIE, par M. le docteur BLANC, chirurgien-major de l'armée de S. M. Britannique, etc. Brochure in-8°. Paris, 1874. Germer-Baillière, éditeur.

« Je me propose, dans ces notes, de m'appuyer sur des faits bien établis et d'éviter toutes théories et toutes hypothèses. Je ne désire pas bâtir une prophylaxie du choléra sur des bases imaginaires. » Tels sont les premiers mots de cette brochure. Et ailleurs : « Le choléra n'est pas une substance insaisissable, mystérieuse, s'élevant dans les airs pour fondre impitoyablement sur quelques points de la terre, guidée et dirigée par la main incertaine des vents. » Or, cette connaissance des causes et du mode de propagation du choléra, voici comment M. le docteur Blanc la formule : « Le choléra est transmis de l'homme à l'homme. Le principe contagieux réside dans les évacuations de l'homme pris de choléra. Cette transmission de la maladie a lieu *presque toujours* au moyen de l'eau employée en boisson, exceptionnellement quand de nombreux malades cholériques sont réunis ensemble. . . . . Le choléra peut être communiqué par l'air renfermant des produits desséchés ou les exhalations des évacuations cholériques... »

Voilà la doctrine très-nettement exposée ; sa réalité est-elle aussi bien démontrée ? Malheu-

reusement nous ne pouvons le penser. Dans la série des faits invoqués par l'auteur, il n'en est pas un seul qui entraîne irrésistiblement la conviction et, néanmoins, de leur ensemble on peut conclure à la probabilité de la cause, mais non certainement à la démonstration de son existence.

Pour nous donc la question des déjections cholériques comme mode de propagation du choléra par leur dilution dans l'eau, ne nous paraît être encore qu'à l'état de théorie probable, mais non démontrée.

Mais là n'est pas l'élément le plus intéressant de la brochure de M. Blanc. D'où vient l'épidémie qui envahit aujourd'hui l'Europe et qui sévit sur une partie de la France ? Cette brochure, en nous faisant connaître les recherches des médecins anglais dans l'Inde, relativement à l'origine de l'épidémie actuelle, coupe court, ce nous semble, à toutes les disquisitions et conjectures que cette épidémie a fait naître.

D'après les médecins anglais, l'épidémie actuelle ne diffère en rien, quant à son origine et à son mode de propagation, des épidémies antérieures. Elle est née dans l'Inde en 1867, elle a trouvé un foyer immense de développement dans un pèlerinage religieux, où trois millions de personnes se trouvèrent agglomérées, et qui, par leur dissémination, portèrent partout sur leur passage la maladie qui s'étendit en Perse, de là en Russie, et règne aujourd'hui dans le centre de l'Europe d'où elle irradiera certainement vers le sud.

La doctrine de l'importation trouvera un nouvel appui dans les recherches des médecins anglais, si les faits qu'ils relatent se sont passés comme ils les racontent.

Il n'est pas sans intérêt d'indiquer comment, dans l'Inde, on envisage aujourd'hui le traitement du choléra. Voici comment le docteur Murray termine son mémoire sur ce sujet :

« Le résumé des réponses de plus de cinq cents médecins du service médical de l'armée des Indes, et qui tous ont eu une expérience personnelle dans le traitement du choléra, démontre une grande unanimité sur les mesures sanitaires et de précautions, et il y a une coïncidence très-grande sur les indications du traitement de la période algide et aussi sur quelques remèdes pris individuellement. Partout la saignée est répudiée ; la foi dans le calomel n'existe plus ; l'opium est condamné, de même que l'usage exclusif de l'alcool ; l'acétate de plomb est regardé en suspicion, l'acide sulfurique avec peu de confiance, et le danger des purgatifs est reconnu. L'impression générale est que l'on peut faire beaucoup de bien en limitant les ravages de la maladie, et beaucoup de vies sont sauvées si l'on reconnaît et si l'on traite la maladie dans ses périodes de début, et beaucoup de souffrances peuvent être soulagées dans les cas où la vie même ne peut être préservée. »

En résumé, dirons-nous à notre tour, et malheureusement, on n'en sait guère plus sur le choléra à son lieu d'origine qu'en Europe.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séances du 6 et du 13 août 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Sommaire. — De la méthode galvano-caustique. — Cas de polysarcie monstrueux chez un enfant atteint d'encéphalocèle. — Résection de côte dans un cas de pseudarthrose. — Rapport. — La Société de chirurgie au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences.

M. Trélat fait une communication très-intéressante sur l'emploi de la méthode galvano-caustique dans les opérations de la grande chirurgie. Il insiste sur la grande différence qui existe entre le mode d'action de l'anse coupante et du couteau galvano-caustique.

Dans le courant de l'année, il lui est arrivé d'employer trois fois avec succès le stylet galvano-caustique pour la cure des tumeurs à érectiles de petit volume. Dans ce cas, le stylet est porté au maximum de rougeur et agit comme le cautère actuel.

L'anse galvano-caustique peut servir également à l'ablation de ces tumeurs érectiles. Il l'a employée chez un enfant qui présentait deux tumeurs érectiles ; l'une, située sur le sommet de la tête, était composée de tissu graisseux et de dilatations veineuses ; sa hauteur était de 1 centimètre et demi ; l'autre, tumeur érectile veineuse sous-cutanée, du volume d'une grosse orange mandarine, avait son siége sur l'épaule droite et offrait une ulcération superficielle fongueuse et enflammée, qui était le point de départ de petites hémorrhagies. La première tumeur fut traitée par le stylet galvanique, avec lequel on fit six ponctions à la base ; pour l'autre tumeur, M. Trélat pratiqua l'ablation totale avec l'anse galvano-caustique. Cette ablation laissa après elle une plaie de 7 centimètres de longueur sur 6 de largeur. Avant d'opérer, il faut avoir soin de pédiculiser artificiellement les tumeurs, sans quoi l'anse glisse et tombe en plein sur le tissu pathologique. La pédiculisation se fait avec des épingles enser-

rées par un fil de soie. Il importe, dans l'application de l'anse galvanique, d'agir avec une très-grande lenteur. L'anse doit toujours être rigide, tendue, bandée sur les tissus qu'elle étreint. Quand l'anse serre bien, on entend une petite crépitation produite par la fusion de la graisse ; cette graisse fondue coule sur les tissus environnants et les brûle si l'on n'a pas pris soin de les garantir à l'aide de linges imbibés d'eau froide.

Dans l'opération dont il s'agit, l'application de l'anse dura à peine huit minutes ; la section se fit sans perte de sang ; à la fin de l'opération, il restait un petit pédicule difficile à attaquer par l'anse galvanique ; on le coupa avec des ciseaux et on lia une artériole qui se trouvait comprise dans le pédicule.

Chez un jeune homme dont il a parlé il y a quelques semaines, et qui avait au fond de la gorge une tumeur constituée en apparence par un polype naso-pharyngien, M. Trélat pratiqua l'ablation de cette tumeur, au moyen de l'anse galvanique, à travers une division du voile du palais, faite sur la ligne médiane. L'opération ne présenta pas de difficulté sérieuse. Si c'est pour des cas de ce genre que les Allemands et M. Bœckel, de Nancy, ont obtenu les succès dont ils se vantent, cela n'a pas lieu de beaucoup étonner, car la chose n'est pas difficile ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Chez un malade dont M. Trélat a plusieurs fois entretenu la Société de chirurgie et qui est atteint d'un véritable polype naso-pharyngien, l'application de l'anse galvanique a présenté de telles difficultés, que M. Trélat n'a pu arriver à terminer l'opération par la section d'un pédicule qui reste encore. Il soumet le malade à des cautérisations galvaniques tous les quinze jours. Il a fait faire trois petits instruments destinés à fixer l'anse à la base du pédicule restant ; il espère arriver ainsi au résultat désiré, mais les difficultés matérielles d'exécution sont considérables.

M. Léon Labbé appuie les considérations exposées par M. Trélat ; il a déjà eu l'occasion d'entretenir la Société de chirurgie d'une jeune fille de 17 ans qui avait tous les signes d'un polype naso-pharyngien, sauf les hémorrhagies. Il pratiqua l'opération, en août 1872, par la méthode galvano-caustique ; l'opération ne présenta pas de difficultés. Mais il a rencontré aussi des cas difficiles. Il y a trois semaines, un malade se présenta à l'hôpital de la Pitié pour être opéré d'un polye naso-pharyngien volumineux. Après la section du voile du palais, il fallut placer l'anse ; mais il fut impossible de la faire arriver au niveau du pédicule. M. Labbé dut se contenter d'enlever seulement la partie de la tumeur qui dépassait le plancher de la voûte palatine.

M. Lannelongue peut ajouter aux cas cités par MM. Labbé et Trélat un exemple des difficultés de l'application de l'anse galvano-caustique. Il y a quelques mois, ayant à opérer un varicocèle chez un jeune homme, il appliqua l'anse galvanique. Au dernier temps de l'opération, la section ne s'effectuant pas, le chirurgien fit des tractions ; tout à coup, il vit jaillir un jet de sang artériel : l'artère spermatique était coupée. Il est difficile d'isoler cette artère du paquet vasculaire au milieu duquel elle se trouve. Il fallut débrider pour lier l'artère.

M. Lannelongue a fait une fois l'application de l'anse galvanique sur un polype naso-pharyngien bien pédiculé ; il n'a pas rencontré de difficulté sérieuse.

M. Verneuil avoue n'avoir que peu expérimenté l'anse galvano-caustique dans les cas où elle pouvait être employée ; il lui préfère généralement l'écraseur linéaire. Son expérience porte plutôt sur la ponction galvanique et la section avec le couteau galvano-caustique. Pour enlever un cancroïde de l'aile du nez, il employa successivement l'anse, le couteau et le bouton. Pour les polypes naso-pharyngiens, M. Verneuil s'était fait des illusions. Il croyait qu'on pouvait sectionner le pédicule et cautériser ce qui restait ; mais cela ne lui a pas réussi. Pour les sections partielles, l'écraseur lui semble préférable. M. Verneuil est étonné de voir, dans les livres ou recueils venant de l'étranger, des observations de guérison de polypes naso-pharyngiens à l'aide de l'anse galvanique. Il pense que les cas dont il s'agit ont été mal observés. En effet, s'il existe des embranchements multiples de la tumeur dans le pharynx ou les fosses nasales, il est impossible de passer et de repasser le fil galvanique par une seule narine ; il en est de même pour les prolongements dans les sinus maxillaires. Il y a donc un grand nombre de cas qui échappent à l'anse galvanique quand on ne fait pas d'opération préliminaire. D'ailleurs, en supposant un seul lobe pharyngien et le fil passé par la narine, la section n'enlèvera pas tout le pédicule, car le plancher nasal est à 3 centimètres au-dessous du plan d'insertion du polype ; pour atteindre la vraie base du polype, il faudrait faire sortir l'anse au niveau du sac lacrymal ; autrement, on laisse un tiers de la tumeur. — En résumé, M. Verneuil pense que le rôle du galvano-cautère est à peu près nul dans le traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. Dubreuil s'est servi de la méthode galvano-caustique pour le traitement des végétations de la vulve et de l'anus ; il a reconnu qu'il ne fallait pas dépasser le tissu morbide. L'inconvénient de cette méthode est, qu'à chaque instant, il est nécessaire de réchauffer le couteau.

M. Dubreuil préfère couper les végétations avec des ciseaux, et appliquer ensuite le galvano-cautère pour arrêter l'hémorrhagie.

M. Tillaux a eu l'occasion d'appliquer avec succès la cautérisation galvanique au moyen du stylet, chez des enfants très-jeunes. Un enfant de 3 mois avait une tumeur érectile sur la paupière; la ponction avec le stylet galvanique a amené la guérison. Un autre enfant avait une tumeur érectile au niveau des sutures du crâne; la guérison a été obtenue par le même moyen. Un enfant de 2 mois avait sur la joue une tumeur de 3 centimètres; guérison après application de cinq points galvaniques à la périphérie de la tumeur. Chaque ponction doit durer au moins une minute.

M. Chassaignac a opéré par l'écraseur linéaire une vaste tumeur érectile chez un enfant de 10 mois. La tumeur fut d'abord pédiculisée, il appliqua ensuite l'écraseur; le petit malade a guéri sans accidents.

M. Trélat ne partage pas l'opinion exprimée par M. Verneuil sur la nullité du rôle du galvano-cautère dans le traitement des polypes naso-pharyngiens. On sait que plusieurs chirurgiens veulent non pas guérir radicalement et immédiatement leurs malades, ce qui est le plus souvent impossible, mais les soulager, s'opposer au développement du mal et attendre que l'âge de ces tumeurs soit passé. Pour ces chirurgiens, l'anse coupante est réellement utile, et plus tard le galvano-cautère terminera le traitement. M. Verneuil a voulu montrer qu'avec l'écraseur linéaire ou l'anse galvanique on ne peut pas enlever la totalité du polype; au moyen de certains instruments très-minces, M. Trélat espère arriver jusqu'au point d'insertion des polypes et y placer l'anse coupante.

M. Marjolin pense qu'avant toute application du galvano-cautère aux tumeurs érectiles, il convient d'essayer l'action de l'inoculation vaccinale sur la tumeur, l'observation ayant montré l'efficacité de ce moyen dans un certain nombre de cas.

Polysarcie et encéphalocèle. — M. Hippolyte Blot présente un enfant de 27 mois ayant déjà acquis une taille de 95 centimètres et un énorme développement du tissu adipeux. Cet enfant porte à la racine du nez une tumeur congénitale qui offre des battements isochrones à ceux du pouls; cette tumeur est une encéphalocèle.

Pseudarthrose à la suite d'une fracture de côtes. — M. Demarquay vient de faire la résection d'une portion de la quatrième côte gauche à un individu qui, il y a deux mois, reçut dans cette région le choc d'un brancard d'une petite voiture. Il se forma une tumeur à la partie inférieure et externe du sein gauche sur le trajet de la quatrième côte. Cette tumeur était fluctuante, du volume d'un œuf. En pressant sur les extrémités de la quatrième côte, on produisait une crépitation très-dure. Il s'agissait donc d'une poche kystique développée autour d'une fracture. Il n'y avait pas d'épanchement thoracique.

M. Demarquay fit une ponction à la partie la plus déclive de la tumeur, il s'écoula du pus. L'incision fut agrandie; l'exploration avec le doigt permit de reconnaître que les deux fragments étaient nécrosés à leur extrémité; M. Demarquay pratiqua, en conséquence, la résection des portions nécrosées.

M. Léon Labbé dit avoir été consulté l'an dernier par une femme qui souffrait depuis longtemps du côté droit de la poitrine, au niveau de la huitième côte. Il y avait là un abcès que M. Labbé ouvrit, et sous lequel il reconnut une nécrose étendue de l'os. Six centimètres de côte nécrosée durent être réséqués. La malade guérit, mais, malgré la conservation du périoste, l'os ne s'est pas reproduit.

M. Chassaignac fait observer que le cas de M. Demarquay ne mérite pas le nom de pseudarthrose, puisqu'il n'y avait pas de surfaces articulaires.

— M. Tillaux fait un rapport sur un travail de M. le docteur Abadie, intitulé : *Note sur un nouveau traitement du kératocone.* Il conclut à la publication de ce travail dans les *Bulletins.*

— M. Verneuil demande que la Société de chirurgie se fasse représenter officiellement au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences qui va s'ouvrir à Lyon. MM. Verneuil et Ledentu sont désignés comme délégués.

— M. le Président annonce que la Société de chirurgie prendra ses vacances habituelles à partir du 15 août. La rentrée aura lieu le mercredi 1er octobre.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

Éphémérides Médicales. — 30 SEPTEMBRE 1762.

Mort, à Genève, de Jacques Daviel, célèbre oculiste natif de La Barre (Eure). Il se distingua tellement à la peste de Marseille (1719) que le roi lui permit de porter une croix avec l'image de saint Roch, et l'inscription : *Pro fugata peste.* — A. Ch.

FORMULAIRE

Liniment antinévralgique.

Huile morphinée	22	grammes.
Teinture d'aconit	5	—
Chloroforme	3	—

Mêlez en agitant.

Frictions légères sur la région douloureuse. En cas d'insuccès, on appliquera de petits vésicatoires volants, qu'on pansera avec un sel de morphine. — N. G.

COURRIER

Le bulletin des hôpitaux du 28 septembre donne les indications suivantes :

Présents le matin	59	malades.
Entrés dans les vingt-quatre heures	4	—
Cas déclarés à l'intérieur	0	—
Total	63	malades.
Sorties, 1; — Décès, 3	4	malades.
Reste en traitement	59	—
Depuis l'origine de l'épidémie, on compte	247	malades traités,
dont 45 sortis et 143 décédés	188	

État sanitaire de la ville de Paris. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 26 septembre, on a constaté 951 décès, savoir :

Variole, 0 décès; — Rougeole, 3; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 40; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 35; — pneumonie, 33; — dysenterie, 9; — diarrhée cholériforme des enfants, 33; — choléra infantile, 0; — choléra, 88; — angine couenneuse, 11; — croup, 9; — affections puerpérales, 4; — affections aiguës, 251; — affections chroniques, 343 (dont 160 dues à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 54; — causes accidentelles, 29.

Londres. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 6 au 13 septembre : 1,319; variole, 2; rougeole, 29; scarlatine, 13; fièvre typhoïde 14; érysipèle, 11; bronchite, 71; pneumonie, 52; diarrhée, 162; choléra, 13; diphthérie, 12; croup, 12; coqueluche, 49.

Rome. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 8 au 14 septembre : 148.

Bruxelles. — Population : 185,000 habitants. — Décès du 7 au 13 septembre : 104.

Lille. — Population : 158,117 habitants. — Décès du 16 au 31 août 1873, 221 : rougeole, 5; fièvre typhoïde, 7; bronchite 6; pneumonie, 8.

Bulletin du choléra. — C'est à qui s'accusera d'être infecté du fléau asiatique. Les journaux anglais ont annoncé que Lisbonne en était envahie, ce qui est démenti par les organes officiels du pays, mais pour accuser officiellement l'Angleterre d'être infectée à son tour. Le port de Hull et d'autres ports du Nord sont déclarés infectés, et tous les navires qui en arrivent sont soumis à une quarantaine par le gouvernement portugais.

Sans pouvoir résoudre la question, à défaut de renseignements positifs, voici un fait grave qui tend à confirmer cette accusation. Le docteur Dalrymple, le député libéral de Bath, faisant partie du groupe médical du Parlement anglais et dont le nom restera honorablement attaché au dernier *bill* sur l'ivrognerie, est mort du choléra, à Southampton, le 19 septembre. Il était allé faire une partie de chasse dans les environs, lorsqu'il fut pris de diarrhée le mercredi, et y succomba malgré tous les soins, en trente-six heures.

Une nouvelle décroissance s'est manifestée à Vienne dans la semaine du 7 au 13 septembre. Les nouveaux cas enregistrés journellement ont été : 98, 64, 71, 53, 40, 32 et 30.

A Berlin, du 5 au 11, il y a eu 157 cas nouveaux et 54 décès. Les mêmes proportions s'observent dans les autres villes de l'empire.

On annonce la mort du célèbre auteur du laryngoscope, Czermak, qui a succombé à Leipzig le 15 septembre. On ne dit pas si c'est du choléra. — Y.

Collége de France. — M. J. Nourrisson, membre de l'Institut, est chargé d'un cours de philosophie moderne au Collége de France pendant l'année classique 1873-1874.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur F.-Jos.-Vulfranc Gerdy, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ancien inspecteur des eaux minérales d'Uriage, décédé, à Paris, le 16 septembre dernier, à la suite d'une longue maladie.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Fauvel a pris hier la parole sur la question du choléra. L'honorable orateur s'est plaint d'abord que ce sujet vienne en discussion devant l'Académie au moment même où une épidémie de choléra sévit sur une partie de la France. C'est le moment d'agir et non de discuter, a dit M. Fauvel ; plus tard, et quand nous serons libres de toute préoccupation à cet égard, nous pourrons aborder les diverses questions qu'embrasse la grande question du choléra. M. Fauvel aurait raison, si l'Académie faisait toujours en temps opportun ce qu'elle peut faire. Il y a une commission du choléra, cela est vrai, mais de cette commission on attend encore le rapport sur l'épidémie de 1832. Elle a attendu vingt ans le rapport sur l'épidémie de 1849, et il a fallu le zèle et l'aptitude au travail de l'honorable M. Briquet pour mener à fin ce volumineux rapport qui a été à peine discuté. Le beau rapport de M. Barth sur les épidémies postérieures attend encore la discussion. On voit donc que M. J. Guérin, qui a bien quelque chose à se reprocher des lenteurs et des retards de l'Académie à l'endroit du choléra, a peut-être voulu rédimer une partie de ses péchés en saisissant l'occasion de l'épidémie actuelle pour engager l'Académie dans la discussion.

M. Fauvel a divisé son discours en trois parties. Dans la première, il a rectifié les faits relatifs à la genèse et à l'évolution du choléra au Havre, contradictoirement à l'exposé qu'en avait adressé à l'Académie un de ses honorables corespondants, M. Lecadre. Selon M. Fauvel, rien n'autorise à penser que le choléra soit né spontanément au Havre, et s'il n'est pas possible de remonter au fait premier d'importation, tout doit faire admettre que cette importation, quoique ignorée, a eu lieu, puisque jamais et dans aucun pays le choléra n'est apparu que par importation.

Dans la dernière partie, M. Fauvel a répondu aux critiques et aux objections faites à notre système sanitaire qui est, après tout, le plus doux de l'Europe et le moins nuisible aux intérêts du commerce et de la navigation. A la grande objection : Pourquoi imposer des quarantaines dans les ports de mer, puisque la voie de terre reste libre ? M. Fauvel a répondu que, lorsque deux portes sont ouvertes à l'importation, il n'est pas indifférent d'en laisser au moins une fermée, et que d'ailleurs l'expérience a prouvé que l'importation par voie maritime est plus dangereuse que l'autre. Dans l'état actuel des institutions sanitaires en Europe, la France serait profondément lésée dans son commerce et dans sa navigation si elle n'imposait pas des quarantaines aux provenances des pays contaminés. Partout ses provenances à elle seraient tenues en suspicion, au grand dommage de ses relations commerciales. Ce n'est pas que M. Fauvel se fasse de grandes illusions sur la valeur des quarantaines; elles n'ont pas pour lui une valeur absolue; elles n'en ont qu'une relative, et leur efficacité est loin d'être certaine. Après tout, si les ports de mer du Nord et une partie de ceux de l'Ouest, comme le Havre, réclament la suppression des quarantaines, les ports du Sud, comme Marseille, en réclament le maintien et ne les trouvent même pas assez sévères.

Dans la troisième partie, M. Fauvel s'est exclusivement livré à l'appréciation, ou, pour mieux dire, à la critique très-vive et spirituelle des opinions professées par M. J. Guérin sur la genèse du choléra. Depuis quarante ans, a-t-il dit, que M. Guérin, avec un courage, une persévérance et un talent dignes d'une meilleure cause, soutient sa doctrine, il n'a pas gagné un seul adhérent, ce qui ne l'empêche pas de la reproduire à toute occasion.

Il y a plusieurs points dans la doctrine de M. J. Guérin qui ne nous paraissent pas tous également dignes des vertes critiques de M. Fauvel. Tout contagioniste qu'il soit, M. J. Guérin ne croit pas à l'importation, du moins comme cause unique et absolue d'apparition du choléra. Nous croyons qu'ici, et malgré tous ses efforts, M. Guérin n'a ni détruit ni même atténué cet ensemble considérable de faits recueillis par la conférence internationale de Constantinople, et qui démontrent, à

moins que rien ne puisse se prouver dans ce monde, que le choléra, partout où il est apparu, a été transporté par l'homme. Sur ce point, M. Guérin est très-vulnérable, et M. Fauvel lui a infligé de profondes blessures.

M. Guérin ne nous paraît pas être plus heureux dans sa croyance à la constitution cholérique pendant l'explosion du choléra. Sur ce point encore, M. Fauvel a légitimement critiqué M. Guérin.

Mais, quoiqu'il ait un peu adouci sa critique sur l'existence de la diarrhée prémonitoire, M. Fauvel n'a peut-être pas rendu toute la justice nécessaire à M. Guérin sur ce point. Il est vrai que M. J. Guérin, malgré les faits les plus avérés, a le tort de persister dans son mot : *toujours*, au lieu de dire comme tout le monde : *fréquemment*. Mais cette cholérine, sur l'existence fréquente de laquelle M. J. Guérin a appelé l'attention, est une véritable découverte, quoiqu'elle n'ait pas eu malheureusement toutes les conséquences favorables que M. Guérin a cru devoir en tirer.

Là où M. Fauvel nous a paru trop sévère, c'est sur le point de la doctrine de M. Guérin relatif à l'évolution du choléra et aux formes plus ou moins accentuées, plus ou moins graves qu'il peut revêtir. Outre qu'il n'y a rien là qui choque les principes de pathologie générale, les faits d'observation donnent raison à M. Guérin. Le choléra le plus grave peut ne communiquer que la cholérine. Celle-ci, au contraire, peut donner le choléra asphyxiant. M. Guérin a raison de dire avec le poëte, en altérant légèrement le texte :

Et comme la vertu *la peste* a ses degrés.

Ou, comme le disait il y a plus de deux cents ans notre fabuliste, à l'occasion de la peste chez les animaux :

Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

C'est là un fait général qu'on observe dans toutes les épidémies, dans toutes les maladies virulentes, et qui se rattache à la loi formulée par M. Guérin sur les maladies *ébauchées*, loi qui nous paraît très-logiquement et très-médicalement déduite d'une sérieuse observation.

En somme, le discours de M. Fauvel, juste quoique peut-être un peu trop incisif dans certaines parties, est un exposé très-bien fait des connaissances actuelles sur le choléra et des nombreux *desiderata* de la science sur cette terrible maladie. M. Fauvel sait concilier dans ses opinions les exigences du savant et les devoirs de l'administrateur. Si, absolument et rigoureusement parlant, la science ne légitime pas les mesures prohibitives en fait de choléra, si quelques doutes peuvent s'élever sur leur efficacité, l'Administration n'en a pas moins l'impérieux devoir de garantir autant qu'il est en elle l'état sanitaire du pays, en adoptant les mesures prescrites par la prudence. Quelle terrible responsabilité elle encourrait en agissant autrement! Voilà ce que ne veulent pas comprendre les contempteurs imprudents des mesures de précaution.

M. Delpech a communiqué des résultats satisfaisants sur la marche du choléra, à Paris, pendant la dernière semaine. Ces résultats sont déjà connus de nos lecteurs. Nous ne les reproduisons donc pas; on sait qu'ils traduisent une diminution très-sensible de l'épidémie soit en ville, soit dans les hôpitaux.

LE CHOLÉRA A NAPLES. — Le choléra est à Naples, lisons-nous dans la *Liberté*, où il se manifeste avec une certaine intensité : le dernier bulletin portait 29 cas, La plupart ont lieu dans le bas peuple, lequel, ignorant et superstitieux, comme toujours, repousse tous les moyens préventifs et les pratiques sanitaires. Le peuple napolitain en est encore à croire que les fumigations sont faites pour « donner » et non pour « prévenir » le choléra. Les médecins « ont ordre » de tuer les malades. Le choléra, selon eux, est une mesure gouvernementale pour se débarrasser du superflu de la population. Que voulez-vous faire en face de cette ignorance que rien ne peut entamer? Faire comme eux et attendre que san Gennaro les délivre du

fléau. Le choléra s'est manifesté aussi dans les faubourgs de Milan, et deux ou trois cas ont eu lieu à Florence, parmi lesquels celui de l'illustre astronome Donati. Partout le choléra se manifeste avec une grande bénignité et tend à se transformer en maladie ordinaire. A Naples même, nonobstant le peu de soins qu'on peut donner au peuple, la mortalité se maintient comme dans les temps ordinaires, y compris les cholériques.

CONSTITUTION MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES

1866—1873

Troisième note, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 26 septembre 1873,

Par M. Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I. *Documents statistiques de l'Assistance publique.* — II. Hôpital Lariboisière, M. le docteur Siredey : *Statistique comparée du choléra et des diarrhées cholériformes des nouveau-nés ; non-identité de ces deux affections.* — M. le docteur Hayem : *Cas intérieurs et extérieurs.* — III. Hôtel-Dieu : M. Damaschino. — IV. Hôpital de la Charité : M. le docteur Audhoui. — V. Hôpital Saint-Louis. — VI. Hôpital militaire Saint-Martin : M. le docteur Cabrol, médecin en chef. — VII. Hôpital militaire du Gros-Caillou, M. le docteur Champenois, médecin en chef : *Note statistique et observations cliniques.* — VIII. Hôpital militaire du Val-de-Grâce, M. le docteur Kelsch, professeur agrégé : *Note statistique; observations cliniques et nécroscopiques.*

Suite et fin. — (Voir le dernier numéro.)

VI

HÔPITAUX MILITAIRES.

HÔPITAL MILITAIRE SAINT-MARTIN. — Note communiquée par M. le docteur Cabrol, médecin en chef :

Du 6 au 17 septembre, l'hôpital avait compté 15 entrées et 3 décès. Du 18 au 23 septembre inclusivement, il n'y a que 1 décès et 4 entrées; aucune entrée les 21, 22 et 23. Aucun cas intérieur. Sur ce nombre, M. Cabrol distingue 2 cas de choléra foudroyant, 5 cas graves et 12 cas légers; 4 malades ont succombé; 13 sont convalescents, et 2 en cours de traitement.

La diarrhée a précédé les accidents pathognomoniques.

Chez 1 de 5 heures, mort 14 heures après l'entrée.
1 de 7 — 10 —
1 de 8 — 47 —
2 de 2 jours, dont 1 mort 41 heures après l'entrée.
5 de 3 jours.
4 de 4 jours.
3 de 8 jours.
1 de 10 jours.
4 de 15 jours.

HÔPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU. — Du 17 au 24 septembre. Communication de M. le docteur Champenois, médecin en chef :

Depuis le 5 septembre jusqu'au 17, l'hôpital du Gros-Caillou avait reçu, du dehors, 5 cholériques, et 5 cas s'étaient produits à l'*intérieur;* 5 malades avaient succombé. Du 17 au 24, aucun cas ne s'est développé à l'intérieur ; 10 malades ont été amenés du dehors. Voici les principales particularités relevées par notre savant confrère, M. le docteur Champenois; nous nous bornons aujourd'hui à les enregistrer, nous réservant de les utiliser prochainement dans une revue générale de l'épidémie :

« Le 17, arrive de *Courbevoie* le premier cas fourni par le 20e d'artillerie : Le S..., vigoureux Breton, *sans indisposition préalable d'aucune sorte,* a été pris subitement de quelques vomissements et de selles liquides, riziformes, suivies d'une grande prostration. A son entrée : pouls lent, faible, intermittent; crampes; alternatives d'efforts d'inspiration et d'anéantissement; étreinte à la base de la poitrine, anxiété précordiale; paupières engainantes, globes fixes, pupilles rétrécies, injection péricornéenne; langue froide, refroidissement des extrémités (6 ventouses sèches sur les fausses côtes; cataplasme arrosé de chloroforme sur le ventre ;

larges sinapisations successives sur les différentes sections des membres; thé alcoolisé. — Potion : Acétate ammon., 10 gram. Laudanum, 20 gouttes. Eau de menthe, 125 gram. — Tilleul chaud pour permettre aux envies de vomir d'aboutir). Depuis l'entrée à l'hôpital, les évacuations avaient cessé. Jusqu'aujourd'hui, il a fallu revenir aux frictions, aux sinapismes. Sous l'influence du retour des vomissements, le pouls n'a plus baissé, malgré la persistance des symptômes de congestion passive vers la base du cerveau. — Va passer à la salle des convalescents.

Le 19 août, sont entrés D... et B..., tous deux du 101e de ligne (*Courbevoie*), *sans diarrhée antérieure*, dans le même état que Le S..., avec moins d'anxiété thoracique. D... a doucement réagi et reste dans un état subtyphoïde sans gravité. B... a plusieurs fois semblé se cyanoser, mais la convalescence semble devoir être plus franche.

Un artilleur de l'École militaire, un sergent du 102e (*Courbevoie*), diarrhéiques depuis quelques jours, avaient eu, à la caserne, des vomissements, des selles d'un mauvais caractère et des crampes. Après quarante-huit heures d'observation en cabinet réservé, ils ont pu rentrer dans la salle des diarrhéiques.

Le 19, 3 nouveaux entrants de *Courbevoie* : 2 du 101e de ligne, 1 du 102e. Deux continuent à vomir, avec peu d'évacuations alvines; la respiration et la circulation se soutiennent. La convalescence commence franchement. Le troisième n'avait plus d'évacuations, mais l'anxiété était plus marquée, avec *tendance à la cyanose* et oscillations du pouls. Les soins ont dû être plus instants. Du hoquet est survenu. De la somnolence persiste avec état pseudo-typhoïde, le thermomètre ne donnant que 36°.

Le 20, W..., un des ouvriers d'administration du quai de Billy, nous arriva avec une atteinte de *choléra sidérant*, sans regard, sans voix, sans pouls, *sans évacuations actuelles, sans la moindre indisposition antérieure à une forte émotion de la veille.* — Le 19, dans l'après-midi, un autre ouvrier avait été entraîné par une machine, l'avant-bras brisé par une courroie contre un arbre de couche. W... était attaché à l'infirmerie de la section. En aidant au pansement, il eut une syncope. Le soir, elle se renouvela aux lieux d'aisance, où l'avaient poussé des envies de vomir et un ténesme rectal. Rapporté de là, il passa la nuit en efforts; le matin, il était dans l'état sus-décrit, avec des pupilles en tête d'épingle, de l'injection des conjonctives, un réveil hébété dans le sourire, la poitrine en cuirasse, se soulevant d'une seule pièce dans les efforts d'inspiration, le ventre creusé en bateau, etc.

Vingt-quatre heures de soins à courtes relâches avaient ramené le pouls au bras gauche et aux deux temporales. La circulation semblait vouloir prendre le dessus, mais pour faiblir à nouveau. Les secousses provoquées par l'ipéca rétablirent le pouls. — Le 22, il avait de nouveau disparu : tous les soins du premier jour le réveillèrent; des vésicatoires aux hypochondres, aux mollets, le soutinrent. — Le 23, il fallut les entretenir pour maintenir cet effet. Aujourd'hui, c'est l'état typhoïde qui domine, avec congestion passive du cerveau (vésicatoire à la nuque). Le pronostic reste incertain.

Le même jour, 20 septembre, D..., 12e bataillon de chasseurs à pied, arriva du bastion 46, comptant trois jours de diarrhée qui, dans la dernière nuit, s'était compliquée de vomissements, de selles plus nombreuses et de crampes. La réaction fut facile; les évacuations reparurent.

Le 22, la convalescence s'accentue.

En même temps, de l'École militaire nous venait D..., du 30e bataillon de chasseurs à pied. Son cas s'est réduit à une crise cholérique que rien n'avait justifiée et dont les forces du malade ont triomphé.

Le 23, le 102e de ligne envoyait de *Courbevoie* B..., pour les accidents d'un choléra de gravité moyenne; mais, le 24, le pouls a décliné sous l'influence de la réapparition des selles.

En somme, des 10 entrés, 1 seul est aujourd'hui dans un état inquiétant; 3 sont passés déjà à la salle des convalescents cholériques; 3 se relèvent, 3 luttent encore.

Les diarrhéiques continuent à affluer, mais guérissent plus vite.

La dysenterie fournit moins de cas et de moindre gravité.

Beaucoup de fièvres typhoïdes avortent. »

HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE. — Documents recueillis et communiqués par M. le docteur Kelsch, professeur agrégé au Val-de-Grâce :

Le premier cholérique venu du dehors est entré le 6 septembre. Aucun cas n'a été observé à l'intérieur.

Le 8, deux salles ont été ouvertes, destinées exclusivement aux cholériques. Le nombre habituel des lits a été réduit de moitié; un personnel spécial et nombreux a été affecté aux malades. Le produit des vomissements et des déjections alvines a

été reçu dans des vases renfermant une solution concentrée de permanganate de potasse, et jeté aussitôt dans une fosse profonde, creusée dans le jardin, loin des pavillons des malades. Les matières ainsi enfouies étaient recouvertes, au fur et à mesure, par des couches de terre arrosées de chlorure de chaux.

Le tableau suivant, dressé par M. le professeur agrégé Kelsch, donne une histoire abrégée de chacun des malades, et nous le faisons suivre du résumé de deux observations recueillies par notre très-distingué confrère, qui a consigné avec grand soin les détails nécroscopiques :

I. Invasion le 3 septembre, entré le 6, décédé le 11, à deux heures du matin.

II. Invasion le 5 septembre, entré le 7, décédé le 13, à dix heures du matin.
(L'observation et la relation nécropsique de ces deux malades se trouvent ci-jointes.)

III. Invasion le 4 septembre, entré le 8, convalescent le 18; a été très-long à se remettre. Caserne des Célestins. Depuis quatre jours diarrhée, lorsque le 8 au matin, après avoir été de service dans la première partie de la nuit dans un bal public, il fut pris de vomissements, redoublement de diarrhée, coliques, crampes, cyanose, refroidissement. Est amené dans un état très-grave à l'hôpital.

IV. Invasion le 5 septembre, entré le 9, convalescent le 13. Caserne Napoléon. Est pris dans la nuit du 5-6, étant de garde dans un poste, de diarrhée et vomissements. Aggravation de ces symptômes, cyanose, crampes le 9.

V. Invasion le 9 septembre, entré le 9, convalescent le 12. Caserne Napoléon. Vomissements et diarrhée subits, le 9, pendant le repas du matin. Pas de crampes.

VI. Invasion le 7 septembre, entré le 9, convalescent le 18. Malade civil; était atteint de diarrhée depuis cinq jours quand les symptômes cholériformes se déclarèrent. C'est le seul de mes malades chez qui il y eût un peu de réaction fébrile. Temp. de 38-39° du 14-16 septembre.

VII. Invasion le 6 septembre, entré le 8, convalescent le 14. Fut pris des symptômes cholériformes, sans diarrhée prémonitoire, le 8 au matin, étant à l'exercice. (Caserne Napoléon.)

VIII. Invasion le 4 septembre, entré le 9, convalescent le 13. Caserné à Reuilly. Atteint dans la nuit du 4-5 septembre, étant de service, d'une forte diarrhée. Vomissements et crampes légères le 9.

IX. Invasion le 4 septembre, entré le 9, convalescent le 14. Caserné à Reuilly. Diarrhée depuis le 6. Vomissements et quelques crampes légères dans la nuit du 8 au 9, étant couché dans son lit.

X. Invasion le 7 septembre, entré le 9, convalescent le 14. Caserné à Reuilly. Début brusque dans la nuit du 8 au 9 septembre, sans symptômes prémonitoires de diarrhée; vomissements, crampes.

XI. Invasion le 4 septembre, entré le 6, convalescent le 12. Caserné à la Pépinière. Se trouvait dans mon service (salles ordinaires) depuis le 6 septembre pour de l'embarras gastrique, avec diarrhée légère, dont il était atteint depuis le 3 du même mois. Dans la nuit du 8 au 9, en coïncidence avec l'entrée de plusieurs cholériques, fut pris de vomissements violents, redoublement de diarrhée; pas de crampes.

XII. Invasion le 19 septembre, entré le 20, convalescent le 21. Caserné à Bercy. Fut pris d'emblée le 19 de diarrhée, vomissements, quelques crampes légères. Complétement rétabli le 21.

XIII. Invasion le 13 septembre, entré le 17, convalescent le 20. Caserne Lobeau. Réformé depuis quelque temps pour une affection chronique du cœur. Diarrhée depuis le 13, contractée à l'infirmerie régimentaire. Redoublement de ce symptôme et vomissements le 17. Jamais de crampes.

XII. Invasion le 18 septembre, entré le 18, convalescent le 21. Caserne Popincourt. Quatre jours de diarrhée prémonitoire. Le 18, redoublement de diarrhée. Vomissements, crampes. Était à l'infirmerie depuis un mois pour une adénite cervicale quand la diarrhée le prit.

Observations et autopsies. — « L..., 23 ans, caporal au 52e de ligne, entré le 6 septembre, malade depuis trois jours. A son entrée, vomissements et diarrhée bilieuse; refroidissement et cyanose; peau visqueuse, ridée aux doigts. Facies effilé; lèvres bleues. Yeux encavés. Extinction de voix; crampes intermittentes. Pouls misérable, filiforme. Therm. 35°2 (aisselle). Même état pendant les 6, 7, 8 et 9 septembre. Urines rares, albumineuses (pas de réaction bleue).

Le 9, dans l'après-dînée, aggravation. La température s'abaisse. Therm. 34°. Délire; agitation incessante; adynamie et prostration profondes.

10 matin. Therm. 33°2 (aisselle). Anurie complète. Ne vomit pas. Depuis trois jours, quatre ou cinq selles en vingt-quatre heures (selles blanches). — Soir. Therm. 33°5. Pouls 80. Même état. État empiré. N'a plus de connaissance. Décubitus dorsal et immobile. Respiration haute, oppressée. Hoquet. Agonie.

Mort le 11, à deux heures du matin.

Autopsie trente-six heures après la mort.

Thorax : 1° Cœur volumineux. La moitié gauche est hypertrophiée et contraste, par la dureté de ses parois, avec l'état flasque du cœur droit. Dans les cavités droites, masse de caillots cruoriques, noirs, diffluents, baignés par du sang liquide et poisseux. Les parois du cœur gauche, avec les muscles papillaires, sont notablement épaissies sans préjudice des dimensions du ventricule gauche (hypertrophie vraie).

2° Poumons. Pas d'adhérences. Au milieu du sommet droit, noyau de pneumonie catarrhale du volume d'un œuf de pigeon, dont la surface de section est granuleuse, rouge livide, maculée de points gris très-rapprochés, du volume d'une tête d'épingle (points suppurés). Le lobe moyen est parsemé d'une multitude de noyaux lenticulaires de pneumonie catarrhale. Chaque noyau est entouré d'une zone rouge foncé, de la largeur de 1 millimètre.

Le lobe inférieur est gorgé de sang noir. Il ne contient plus d'air (splénisation typhoïde). En examinant la coupe, on distingue sur un fond généralement rouge foncé des taches noires irrégulières, à contour très-net, et qui paraissent produites par du sang infiltré dans le parenchyme.

Le lobe supérieur gauche contraste, par sa pâleur et sa sécheresse, avec les parties précédemment décrites.

Le lobe inférieur, plus foncé en couleur, est criblé de noyaux de pneumonie catarrhale au début. On trouve également, dans les deux lobes du poumon gauche, des taches noires lenticulaires que l'on peut prendre pour des noyaux d'hémorrhagie ancienne ou des taches pigmentaires. J'incline pour cette dernière opinion.

Abdomen : Le paquet intestinal, vu extérieurement, présente un reflet rouge violacé. Les anses sont visqueuses, comme enduites par un liquide mucilagineux. La muqueuse de l'estomac est pâle, fortement plissée. Le long de la grande courbure, les replis sont tachetés à leur sommet d'un pointillé ecchymotique intense. Les glandes en grappe du duodénum sont fortement saillantes. Les valvules conniventes sont colorées en jaune serin à leur sommet. Dans l'iléum, aspect rosé de la muqueuse; vascularisation assez intense; psorentérie dans toute la hauteur, d'autant plus confluente qu'on se rapproche du cœcum. Gonflement assez marqué de quelques glandes de Peyer.

Dans toute la hauteur du gros intestin, incrustation de points blancs entourés d'une aréole rouge (follicules clos plus ou moins entamés). Dans l'S iliaque et le rectum, muqueuse rouge, un peu boursouflée. Le gros et le petit intestin renfermaient un liquide séreux, couleur café au lait.

Foie : Tissu ferme; coupe onctueuse au toucher. Délimitation des acini vague, difficile; beaucoup de sang.

Rate légèrement hypertrophiée. Capsule épaissie à la surface convexe. Parenchyme sec, ferme; grains de Malpighi très-petits.

Reins : La capsule se détache facilement du tissu sous-jacent. Celui-ci présente à la surface des taches rouges violacées, traversées par des vaisseaux étoilés noir foncé. Substance corticale prédominante, très-pâle; tranche, par sa coloration blanchâtre, sur les pyramides fortement congestionnées.

Vessie vide. Rien de particulier.

Cerveau : Parenchyme cérébral ferme; congestion médiocre; un peu de liquide louche dans les cavités latérales.

L..., 29 ans 1/2, 72e de ligne, 10 ans de service, caserne Napoléon, a été pris, le 5 septembre, à six heures et demie du matin, pendant l'exercice, de coliques, de diarrhée, de vomissements et de crampes. Entré à l'hôpital le 7 : Yeux encavés, cyanose, pouls filiforme, voix éteinte. Vomissements et diarrhée. Les matières rendues par le haut et le bas sont blanches, riziformes. Therm. 35°5. — Le 8, même état. — 9 septembre. Les vomissements et les selles sont moins fréquents. Un peu d'urine amenée par la sonde précipite par la chaleur et l'acide. Therm. 36°. En somme, un peu d'amélioration.

10 matin. Vomissements et selles incessants pendant la nuit. Urine un peu. Therm. 36°6. — Soir. Ensemble général ne varie pas. Plusieurs selles liquides sans vomissements. Crampes de temps en temps. Urine. Prostration profonde; intelligence nette. Extrémités froides; peau visqueuse. Therm. 36°2. Pouls 104, filiforme.

11 matin. Deux vomissements et plusieurs selles pendant la nuit. Urines albumineuses; pas

de coloration par le réactif. État général aggravé. Therm. 35°5. Pouls 100. — Soir. Id. Therm. 36°2. Pouls 92.

12. S'agite incessamment; prostration somnolente; œil éteint, encavé. Extrémités froides. Deux selles sans vomissements. Therm. 35°6. Pouls 92. — Soir. Pas de changement. Therm. 36°4. Pouls 100.

13 matin. Therm. 36°5. Pouls 108. Agonie. Mort à dix heures du matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Cerveau congestionné. Teinte lilas dans toute l'épaisseur de la substance corticale.

Thorax : 1° Cœur. Le ventricule droit est rempli en grande partie par un caillot fibrineux, ambré. Le cœur gauche, volumineux, est dur, comme contracté. Les parois ventriculaires sont notablement épaissies, sans que cependant la cavité paraisse rétrécie. Valvules et orifices sains. Le sang est visqueux et très-foncé en couleur.

2° *Poumons :* Adhérences générales, des deux côtés, vieilles et très-résistantes. Le lobe supérieur du poumon droit est plus dense; dans toute sa partie postérieure, il est induré et, à la coupe, on rencontre une hépatisation uniforme qui toutefois n'est pas aussi compacte que dans la pneumonie fibrineuse. La surface de section est grossièrement granuleuse, d'un rouge lie de vin, constellée de petits points blancs comme des grains de semoule très-confluents; la lame du couteau en enlève un liquide blanchâtre et crémeux. En somme, c'est une pneumonie catarrhale en voie de suppuration. La partie antérieure de ce lobe est fortement congestionnée, parsemée de petits noyaux de pneumonie catarrhale du volume d'un pois. On y trouve encore de nombreux foyers lenticulaires d'un noir foncé, qui pourraient être tout aussi bien des foyers ecchymotiques que des taches pigmentées.

Le lobe moyen, fortement soudé au supérieur, est parsemé d'îlots de pneumonie catarrhale miliaire. Chaque noyau d'induration présente une surface de section granuleuse, rouge livide, à reflet grisâtre sur certains points. Dans l'intervalle des noyaux, le parenchyme crépite, quoique très-congestionné. Le lobe inférieur présente une induration uniforme, mais peu compacte, car les fragments projetés dans l'eau ne vont pas au fond. C'est de la pneumonie catarrhale diffuse, lobaire. La surface de section de ce parenchyme ainsi modifié est grossièrement granuleuse, d'une teinte rouge livide, mélangée de gris. Avec le couteau on râcle un liquide crémeux, qui présente la plus grande analogie avec le pus.

Le poumon gauche est beaucoup moins malade. Il est gorgé de sang visqueux, noir. Il est perméable partout; dans le lobe inférieur et la partie inférieure du lobe supérieur on trouve disséminés quelques îlots de pneumonie catarrhale. Taches pigmentées assez confluentes.

Abdomen : Intestins colorés extérieurement en rose lilas vif et lubréfiés par une sérosité visqueuse. La muqueuse de l'estomac est fortement plissée et des traînées de pointillé ecchymotique occupent le sommet des replis.

Dans toute la partie supérieure de l'intestin grêle, rien de particulier à noter : quelques plaques de Peyer dessinées sous forme de pointillé noir par-ci par-là. Dans les trois quarts inférieurs de l'iléum psorentérie assez confluente, avec plaques de Peyer présentant l'aspect de la barbe fraîchement coupée.

Dans le gros intestin, rien de particulier, si ce n'est des arborescences vasculaires assez riches et une ponctuation ecchymotique sur quelques points, particulièrement au sommet des replis muqueux. — Petit et gros intestins à peu près vides.

Foie : Volume normal, surface maculée de taches teinte feuille morte, parenchyme mou, nettement granulé; congestion de la portion centrale des lobules.

Rate petite; tissu ferme. Rien de particulier.

Reins volumineux. Forte congestion des deux substances. La capsule s'enlève très-facilement.

Environ 200 grammes d'urine dans la vessie. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 septembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Hirtz comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Hirtz prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Netter, sur le *Danger des inhumations hâtives des cholériques et sur une certaine précaution à prendre en ces circonstances.*

2° Un mémoire de M. le docteur Tanins-Despalles, dans lequel sont traitées diverses questions relatives au choléra.

—

A l'occasion de la rédaction du procès-verbal, M. Hervieux fait remarquer que l'auteur au nom duquel il a présenté, dans la dernière séance, une sonde utérine à double courant, n'est pas Belin, comme on l'a imprimé par erreur, mais Blain.

—

M. Demarquay offre en hommage un volume qu'il vient de publier sous le titre : *De la régénération des organes et des tissus en physiologie et en chirurgie.*

M. Piorry présente un ouvrage sur la *Migraine*, par le docteur Edward Liveing, médecin du Collége royal de Londres.

M. Larrey présente : 1° Une brochure de M. le docteur Armand, intitulée : *Du choléra observé en Cochinchine et de son traitement;* — 2° une brochure de M. le docteur Widal, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, intitulée : *Expérimentation thérapeutique de la digitaline cristallisée.*

—

M. Delpech présente le tableau de la situation du choléra, du 23 au 29 septembre inclusivement :

	Hôpitaux civils.			Hôp. mil.	Domicile.	Totaux
	Entrées.		Décès.	Décès.	Décès.	par jour des décès.
23 septembre.	17	(dont 13 intér.)	6	0	6	12
24 —	12	6	6	0	6	12
25 —	5	3	7	2	3	12
26 —	8	4	3	0	5	8
27 —	7	3	4	0	3	6
28 —	4	0	3	0	2	5
29 —	10	5	5	0	6	11
Total. . . .	63	34	34	2	30	66

L'honorable académicien fait ressortir les résultats favorables de ce tableau, indiquant la décroissance de l'épidémie.

—

M. le Président rend compte en peu de mots de la cérémonie des obsèques de M. Nélaton. Il annonce ensuite la nouvelle perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. Vulfranc Gerdy.

—

M. le docteur Crocq (de Bruxelles) lit un travail intitulé : *De la parotidite dans les maladies aiguës.* Voici les conclusions de ce travail :

« La *muqueuse* buccale étant le point de départ de la maladie (stomatite), il faut la surveiller. Il faut la nettoyer en enlevant, au besoin, par des injections les croûtes et les enduits qu'elle présente. Il faut empêcher la dessiccation en engageant souvent les malades à se rincer la bouche avec des liquides mucilagineux émollients ou légèrement astringents, ou en appliquant ces liquides au moyen d'un pinceau.

Dès que les premiers symptômes se manifestent, qu'ils soient constitués par de la douleur ou par du gonflement, il faut, par une pression exercée sur la glande et sur son conduit, expulser de celui-ci le produit de sécrétion irritant qu'il contient et insister sur les conseils que je viens de donner. En même temps, on fera sur la tumeur une application de sangsues qu'on renouvellera au besoin ; on y pratiquera toutes les trois heures une friction d'onguent mercuriel, et on la couvrira de cataplasmes de farine de lin. Il est à peine besoin d'ajouter que les excitants employés par les anciens, dans le but d'attirer les humeurs et de faire suppurer la glande, afin d'éviter les répercussions et les métastases, sont aussi nuisibles qu'est absurde la théorie qui les a fait recommander. La parotidite étant une phlegmasie survenue accidentellement par extension, la résolution est le seul but que le médecin doive s'efforcer d'atteindre. »

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra. La parole est à M. Fauvel.

Après un court préambule, l'orateur aborde la question relative à l'épidémie du Havre. Il rectifie quelques détails de la communication adressée à l'Académie par M. le docteur

Lecadre, médecin des épidémies au Havre, dans la séance du 2 septembre dernier. Il dit que, dès le 27 juillet, deux pêcheurs avaient présenté les symptômes de la maladie, et que l'un d'eux avait succombé le 30.

Outre les deux cas précédents, le premier décès attribué au choléra dans le courant d'août eut lieu à l'hôpital le 2. L'homme atteint était un matelot provenant d'un navire arrivé du Gabon le 28 juillet, et que le docteur Launay, directeur de la santé au Havre, avait fait transporter à l'hôpital pour une dysenterie chronique datant de trois mois. Il paraît que, après son arrivée à l'hôpital, il fut pris de symptômes cholériques auxquels il succomba.

C'est par erreur que M. Lecadre a dit que ce malade provenait du paquebot allemand *Hammonia*.

M. Fauvel indique jour par jour la marche de l'épidémie au Havre. Jusqu'au 23 août, il s'était transporté au Havre pour mieux se rendre compte des faits. C'est à partir du 23 qu'elle prit les véritables caractères d'une épidémie de choléra asiatique. A dater de ce jour, elle a suivi une marche à peu près régulière, donnant une mortalité moyenne de 7 à 8 par jour jusqu'à la fin du mois, et réduite à 5 à dater du 1er septembre jusqu'au 15. Ce dernier chiffre équivaut à une mortalité de 100 par jour à Paris. L'épidémie du Havre n'a pas encore dit son dernier mot.

En même temps qu'au Havre elle s'est manifestée à Rouen, où elle a causé une mortalité moyenne de 5 à 7 par jour et où elle est aujourd'hui en pleine décroissance. Mais l'extension de l'épidémie s'est faite à Caen et à quelques autres localités du Calvados; d'un autre côté elle s'est manifestée à Fécamp.

M. Fauvel n'admet pas que l'épidémie du Havre n'ait été, comme on l'a dit, qu'une épidémie de choléra nostras. Il s'est agi certainement d'une épidémie de véritable choléra asiatique, comme le prouve le développement pris par la maladie au moment où les chaleurs avaient cessé, la succession non interrompue des attaques, leur gravité, l'extension successive de l'épidémie dans les divers quartiers de la ville et à certaines localités voisines; sa propagation à Rouen et à certains centres populeux de cette ville, et enfin son apparition à Paris.

De ce qu'il n'a pas été possible de découvrir de filiation entre l'apparition du choléra au Havre et une importation manifeste, il n'y a pas lieu de conclure à la négation de cette importation.

Le Havre est en relations de tous les jours avec des ports où règne le choléra, et il est certain que des capitaines ont réussi à tromper la surveillance sanitaire au moyen de patentes de santé qui ne mentionnent pas la maladie existant au point de départ. C'est ainsi que pendant tout le mois de juillet les paquebots chargés d'émigrants partis de Hambourg, où régnait le choléra, ont pu entrer librement au Havre en vertu de la patente nette dont ils étaient porteurs par la grâce des autorités sanitaires qui avaient jugé bon de dissimuler l'existence du choléra dans cette ville. Or, bien qu'aucun cas de choléra n'ait été constaté à bord de ces paquebots pendant leur séjour au Havre, n'est-il pas admissible qu'ils ont pu y importer par leurs nombreux passagers les germes de la maladie? Le fait de l'importation du choléra est rendu probable par la circonstance de sa première apparition au Havre et non dans un autre port moins important ou dans une autre localité de l'intérieur. En effet, le Havre est, depuis deux mois, de tous les ports de France, celui qui a le plus de relations avec les ports où règne le choléra, relations rendues libres par des patentes mensongères; en outre, la disposition du port et les exigences du commerce n'y permettent pas l'emploi de mesures bien rigoureuses.

L'épidémie du Havre n'est donc pas une exception à la loi que *jamais le choléra ne s'est développé en Europe dans un port, avant que ce port eût été abordé par un navire provenant d'un point contaminé.*

M. Fauvel répond ensuite aux critiques qui ont été dirigées contre les mesures préventives destinées à combattre l'importation du choléra. Il s'attache à montrer que ces mesures ne peuvent, il est vrai, pas plus qu'aucune institution, donner de sûreté absolue, mais que, du moins, elles donnent une garantie relative et proportionnée aux sacrifices qu'elles imposent.

Le fait de libre communication par terre avec les pays infectés n'exclut pas l'utilité de la protection sur les frontières maritimes par où la maladie peut être introduite à grande distance sur un point qui eût peut-être été épargné par la voie terrestre. Les quarantaines ne donnent donc certes pas une garantie absolue, mais elles diminuent dans une forte proportion les chances d'extension de la maladie. Partout où elles ont pu être établies avec rigueur, elles ont toujours réussi.

En Europe on ne peut malheureusement, à cause des exigences commerciales, appliquer que des quarantaines de trois, cinq et sept jours, durée d'observation évidemment insuffisante.

L'orateur se livre ensuite à une critique assez vive des doctrines exposées par M. J. Guérin dans son dernier discours. Ce discours, suivant lui, ne contient ni un fait ni un argument

nouveaux; ce sont les mêmes arguments déjà réfutés, ce sont les mêmes faits interprétés de la même manière, sans aucun souci des preuves contradictoires ni des travaux qui ont mis à néant ses démonstrations. M. J. Guérin ne tient aucun compte ni des nombreux documents réunis et analysés par la conférence sanitaire de Constantinople, ni de l'enquête si exacte présentée à l'Académie par M. Briquet, ni du rapport si complet et si rigoureux dans ses conclusions de M. Barth, ni des études si intéressantes de M. Ernest Besnier, ni de beaucoup d'autres travaux tout aussi concluants.

La doctrine de M. Jules Guérin, suivant M. Fauvel, n'est qu'une simple conception de son esprit, élaborée dans le cabinet, et soutenue avec beaucoup d'art et au moyen de toutes les subtilités de la dialectique; c'est, en un mot, une *thèse*.

Le véritable esprit scientifique, au contraire, ne procède que par l'observation des faits. Ainsi il a procédé dans la question du choléra, et c'est grâce à lui que des médecins représentant dans un Congrès l'opinion admise dans tous les États de l'Europe, ont été unanimes dans leurs conclusions sur les points fondamentaux de l'étiologie du choléra, tandis que MM. Briquet et Barth arrivaient, à la suite d'enquêtes consciencieuses, à des conclusions analogues.

Ces points fondamentaux de l'étiologie du choléra, aujourd'hui acquis à la science, sont les suivants :

Maladie exotique, contagieuse, d'origine indienne, ayant fait à plusieurs reprises invasion en Europe, importable d'un point à un autre uniquement par les pérégrinations humaines, et déterminant des épidémies plus ou moins longues et plus ou moins meurtrières, qui, une fois entièrement éteintes dans nos pays, ne s'y reproduisent plus, à moins d'une importation nouvelle.

Le fait d'une importation nécessaire dans nos pays trouve sa confirmation dans la proposition suivante, qui jusqu'ici n'a pas été contredite par l'observation, à savoir : *Que jamais le choléra à marche envahissante n'a pris naissance sur un point quelconque de l'Europe qui n'avait pas eu de communication avec un autre point où régnait la maladie.*

De plus, le fait de l'importation uniquement par l'homme est corroboré par cette autre loi, sans exception, que *jamais une épidémie de choléra ne s'est propagée d'un point à un autre dans un temps plus court que celui nécessaire à l'homme pour s'y transporter.*

Enfin, comme complément de ces deux propositions, un fait encore acquis à la science c'est que jamais la maladie, généralement bénigne, connue de tout temps en Europe et désignée sous le nom de *choléra nostras*, qui se produit çà et là pendant la saison chaude, n'a pris le caractère envahissant propre au choléra indien. Le choléra nostras ou pseudo-choléra, né de causes locales et de dispositions tout individuelles, s'éteint sur place, sans jamais se propager.

L'orateur avoue qu'en ce qui touche une foule de questions complémentaires, la science est beaucoup moins avancée; telles sont : l'origine et la transmission du choléra par les déjections des cholériques (Pellarin); les circonstances qui favorisent ou contrarient la transmission du choléra, qui font que la maladie sévit peu ou beaucoup, ou pas du tout dans telle ou telle localité, y persiste ou s'y éteint rapidement; le rôle du sol, si bien étudié par M. Pettenkoffer; celui des eaux et de l'air comme véhicules du principe morbifique; autant de points obscurs à éclaircir, ainsi que la question si importante de l'immunité constante ou passagère dont jouissent certains individus.

Quant à la prophylaxie et au traitement du choléra, M. Fauvel, tout en admettant que M. J. Guérin a rendu un véritable service en appelant l'attention sur les faits de diarrhée prémonitoire, établit que la doctrine de M. J. Guérin ne voit qu'un point de la question, tandis que la doctrine adverse tient compte de tous ses éléments si complexes.

« Si notre collègue, dit-il en terminant, obtient de l'opinion dominante qu'elle vienne le provoquer au combat, je crains bien qu'il ne perde sa peine à attendre, parce que, en effet, la science a mieux à faire que de s'attaquer à des fantômes. » (Applaudissements sur les bancs de l'Académie.)

M. Jules Guérin proteste contre le mode d'argumentation dont M. Fauvel a usé à son égard. Il s'attendait à des arguments sérieux et non à être traité d'avocat qui soutient une thèse élaborée dans le cabinet. Sa doctrine repose sur un ensemble de faits cliniques recueillis, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile, soit dans les documents publiés dans tous les recueils scientifiques de l'Europe. De cet ensemble énorme de documents qu'il a eu le courage de dépouiller et d'analyser, est résultée pour lui la conviction que la diarrhée prodromique, le choléra infantile, le choléra nostras, le choléra asiatique, ne sont que des formes ou des degrés d'une seule et même maladie. Cette doctrine, il la maintient encore dans toute sa rigueur après le discours de M. Fauvel, qui ne l'a pas entamée ni même effleurée.

C'est à tort que M. Fauvel se targue de l'antiquité de la doctrine qu'il soutient et que le temps, dit-il, n'a fait que corroborer et universaliser. M. Fauvel devrait se rappeler que pen-

dant vingt ans l'Europe entière a été d'une opinion complétement différente de celle à laquelle il s'est rallié aujourd'hui.

M. J. Guérin maintient donc sa doctrine et il attend, pour répondre à ses contradicteurs, que ceux-ci lui opposent des arguments sérieux et véritablement scientifiques. (Applaudissements sur les banquettes du public.)

— La séance est levée à cinq heures.

JOURNAL DES JOURNAUX

Épidémie de choléra spontané dans l'Amérique du Sud, par le docteur Estrazulas, médecin de l'hôpital des cholériques à Montevideo. — Relation de la dernière épidémie de choléra au Paraguay, de 1866 à 1868, lors de la guerre avec le Brésil, tendant à démontrer son développement spontané. On sait que le Paraguay était étroitement assiégé par ses ennemis alliés, aussi bien que Paris en 1871. Or, c'est pendant ce siége que le choléra, qui n'avait jamais paru dans cet État, s'y développa spontanément, sans que les habitants, bien retranchés, eussent de communication avec l'ennemi ni avec le reste du monde. Or, le sol de ce pays est humide, marécageux, la décomposition végétale et animale y est permanente, et c'est en l'assimilant au climat des bords du Gange que M. Estrazulas trouve la cause du développement spontané de l'épidémie.

Mais, si c'était là la véritable cause, pourquoi le choléra ne s'y est-il pas développé auparavant, d'une manière intermittente, comme dans l'Inde? Sa communication aux armées alliées, au camp insalubre de *Estero Bellaco* et sa propagation successive à toutes les villes situées sur la Plata et qui ravagea ces contrées pendant trois ans que dura la guerre, disparaissant et reparaissant alternativement, n'est-elle pas, au contraire, une preuve de sa transmission fortuite? Cet exemple n'est donc pas plus convaincant que tous ceux apportés à l'appui du développement spontané. Il montre seulement que l'encombrement et de mauvaises conditions hygiéniques sont des causes de son intensité, car aussitôt la guerre finie et les troupes dispersées, l'épidémie prit fin. (*Amer. journ. of med scient.*, juillet.) — P. G.

Des fractures de l'extrémité interne de la clavicule, par le docteur Delens. — Collection exacte et précise de vingt faits authentiques de cette nature publiés en France et à l'étranger, ajoutés à 8 observations recueillies dans les hôpitaux et relatées par l'auteur à l'appui de la division établie par Malgaigne, qui limite celle-ci dans le tiers interne de la clavicule, c'est-à-dire dans les limites de l'insertion du faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien, contre celle de Boyer, qui l'étendait aux deux tiers. Cette division est surtout justifiée en ce que, reconnaissant pour cause, dans plus du tiers des cas, la contraction de ce faisceau musculaire, elles sont sans déplacement marqué, sans mobilité ni crépitation, avec gonflement considérable au niveau de l'insertion du sterno-mastoïdien, paraissent incomplètes, et sont ainsi souvent méconnues ou confondues avec des luxations incomplètes de la tête de la clavicule. A tous ces titres, elles forment une classe à part dont M. Delens décrit avec soin les différences et les caractères spéciaux. Elle paraît plus fréquente à gauche qu'à droite, contrairement à ce qui était présumable, car elles résultent le plus souvent d'efforts manuels. C'est pourquoi les hommes les présentent en grande majorité. C'est un beau mémoire à consulter. (*Arch. gén. de médecine*, mai.) — P. G.

De l'influence de la variole sur les maladies mentales, par le docteur Luigi Galastri. — Peu d'observations ont été faites en France, ou du moins publiées, sur l'influence de la dernière épidémie variolique chez les aliénés. Elle a été nulle à l'asile de Préfargier, d'après les observations de M. le docteur Chatelain. C'est le contraire en Italie. Le professeur Berti, de Venise, a recueilli 50 observations de maniaques atteints de variole, dans l'espace de dix ans, dont 9 sont guéris sans récidive, 4 améliorés, 11 morts et 26 restés sans aucune modification; 8 aliénés atteints de variole grave à l'hôpital civil de Pavie, en ressentirent aussi de bons effets, suivant le docteur Meriggi : 3 guérirent complétement, 3 s'améliorèrent sensiblement, 1 fut modifié et l'autre resta dans l'état primitif. Enfin, 3 cas de variole grave, observés par l'auteur à l'asile privé de M. Rossi, de Milan, furent également suivis de guérison dans 2, et d'amélioration dans le troisième. Sur le total de 61 cas, c'est donc 14 guérisons sans récidive et 8 améliorations. L'influence serait donc des plus heureuses si ces résultats étaient constants, et il faudrait presque penser à soumettre les aliénés à l'inoculation variolique. Mais, à en juger par la relation des trois observations de M. Balastri, on ne peut s'empêcher d'un certain doute. Il s'agit d'une manie aiguë et toute récente dans le premier cas, dont la guérison date à peine de quelques mois, et d'une manie chronique dans le second, remontant à 1846, avec de nombreuses périodes lucides et de récidives dans l'intervalle. Qui dit que le

mieux actuel n'est pas une de ces périodes? Il y a donc lieu d'observer encore avant de conclure. (*Arch. ital. per le mal. nervose*, septembre.) — P. G.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA CHRONIQUE. — HARDY.

Protonitrate d'hydrargyre.	5 à 10 centigr.
Axonge	30 grammes.

Mêlez avec soin, pour une pommade conseillée contre l'eczéma chronique. On administrera en outre les modificateurs généraux, tels que : l'huile de foie de morue aux personnes lymphatiques, et particulièrement aux jeunes sujets; les préparations arsénicales aux individus à tempérament nerveux, et les sulfureux aux sujets un peu lymphatiques, chez lesquels la maladie a de la tendance à se perpétuer. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 2 OCTOBRE 1776.

Par un règlement daté de ce jour, Louis-Philippe d'Orléans, premier prince du sang, appelle auprès de lui :

Six médecins, à 100 l. : Joseph Fautrier; Théodore Tronchin; Antoine-Gabriel Herreussvan; Louis Rebillé de Grandmaison; Gabriel-Robert Duchemin; Jacques Dehorne.

Quatre chirurgiens, à 100 l. : Pierre-Barthélemy Sorbier; Jean Pecquet; Jean Coquart; Jean-Noël Martin.

Quatre apothicaires, à 100 l. : Philippe Brun; Balthasar Cheminart; Louis-Martin Charlart; Jean Rouelle.

Un chirurgien opérateur, à 100 l. : Bernard Bourdel, le cadet.

Quatre barbiers, à 100 l. : Claude Ménager; Luc Prieur; Pierre-René Mangé; Louis Crespin. — A. Ch.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira extraordinairement le vendredi 3 octobre 1873. — *Ordre du jour* : Suite de la discussion sur l'isolement des cholériques dans des hôpitaux spéciaux. — Note sur l'état actuel de l'épidémie cholérique, par M. Ernest Besnier. — Note sur la diarrhée *dite* prémonitoire, par M. Damaschino. — Communication sur les *injections veineuses* dans le traitement du choléra, par M. Dujardin-Beaumetz.

— Dans le compte rendu de la dernière séance de la Société de médecine pratique, publié par le *Courrier médical*, nous trouvons les renseignements suivants sur les chiens atteints de la rage :

M. Danet fait observer qu'à Constantinople les chiens sont groupés en tribus hostiles les unes aux autres.

Chacune a son quartier dont elle ne sort pas.

Si par hasard un chien s'égare dans une autre partie de la ville que la sienne, il est immédiatement dévoré par les individus de la tribu dans laquelle il arrive.

M. Mathieu dit que ces exécutions sommaires sont déterminées par un instinct qui permet à ces animaux de flairer en quelque sorte la rage et les pousse à détruire ceux d'entre eux qui en sont atteints.

Cette opinion paraît aventurée à M. Danet, qui trouve plus logique d'attribuer la destruction des chiens les uns par les autres à l'hostilité des tribus. En général, un chien enragé éprouve un besoin de locomotion; il s'éloigne de son quartier et il est dévoré par les chiens étrangers; il en serait de même s'il était bien portant, ce qui, du reste, se voit quelquefois. Selon M. Danet, si la rage est moins fréquente en Orient que chez nous, il faut chercher à ce fait une autre cause que l'instinct propre aux chiens de ce pays.

M. Weber pense que nos chiens se trouvent probablement dans des conditions particulières qui les exposent à contracter la rage. Mais il lui paraît très-logique d'admettre que ces animaux, en vertu de leur instinct de conservation, voient ou mieux sentent qu'un des leurs est atteint de la rage. On remarque, en effet, qu'en général les chiens s'éloignent de ceux qui sont enragés.

M. Danet dit que souvent les chiens de meute, qui sont carnivores, dévorent ceux d'entre eux qui ne peuvent se défendre. Il cite le fait d'un chien qui, s'étant pris la patte entre des planches, fut tué et mangé par ses camarades de chenil.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Choléra et Chloralum

Par le Dr Henry BLANC,

Membre du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre,
Ancien médecin en chef des hôpitaux de Rajkote et de Sattara (Indes-Orientales), etc., etc.

Le choléra est une maladie essentiellement contagieuse; ce fait vient d'être accepté par la Société médicale des hôpitaux de Paris, et nulle part on ne trouvera une réunion d'hommes plus compétents pour juger une semblable question. Ceux qui journellement sont appelés à soigner et à traiter des malades sont peu enclins à souscrire à des idées théoriques, et il faut que les faits qui proclament la contagion du choléra soient bien évidents et bien manifestes pour que cette conclusion ait été votée à l'unanimité par les médecins des hôpitaux de Paris.

En effet, la contagion du choléra n'est plus une question douteuse, elle existe, et ce qui est plus important pour nous peut-être, c'est que nous savons où réside ce principe délétère et aussi qu'il est en notre pouvoir de le détruire.

J'ai donné, dans le travail que j'ai eu l'honneur de lire à la réunion de l'Association française pour l'avancement des sciences (1), de nombreux exemples de contagion cholérique, et, m'appuyant sur des faits bien constatés, j'affirme que le principe contagieux réside dans les évacuations de l'homme atteint de choléra.

Il faut bien s'entendre sur le mot contagieux. Dans le Dictionnaire de médecine de E. Littré et Ch. Robin, contagieux veut dire « qui se communique par le toucher », ou « qui transmet la contagion. » Le choléra ne se communique pas par le toucher; en ce sens, il n'est pas contagieux; mais le cholérique transmet la contagion au moyen de ses évacuations cholériques, et celles-ci transmettent la maladie à l'homme sain; elles sont donc contagieuses.

Arrêtons bien d'abord ce premier point : *Le choléra n'est contagieux que par les évacuations qu'il produit.*

Ceci n'est pas sans importance, car cette connaissance enlève toute frayeur, toute anxiété, tous motifs de traiter le cholérique comme un être que l'on doit fuir et éviter, et elle nous enseigne aussi le moyen de prévenir la propagation de

(1) *Le choléra. Des moyens de le prévenir et de le traiter.* Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

FEUILLETON

CAUSERIES

J'ai là, sous les yeux, deux brochures qui m'ont rappelé de bons, d'agréables, mais aussi de tristes souvenirs, puisqu'ils reposent dans le tombeau, ceux dont ces écrits évoquent la mémoire. L'une de ces brochures a pour titre : *Éloge de Félix Voisin*, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 28 avril 1873, par A. Motet, secrétaire général de la Société. Cet *Éloge* m'a révélé un talent que je ne connaissais pas, j'en demande pardon à M. le docteur Motet, et avec lequel je suis heureux d'avoir fait connaissance. Cet *Éloge* est finement et habilement fait, indépendamment de son mérite littéraire incontestable. S'il était facile de parler de l'homme excellent que nous avons connu et aimé sous le nom de Félix Voisin, il n'était pas aussi aisé de parler de sa philosophie, qui n'était pas celle de Platon, ni celle surtout de l'*Imitation de Jésus-Christ*. La morale du renoncement avait trouvé en lui un adversaire intrépide, courageux, éloquent; mais, aux yeux du spiritualisme le moins exigeant, il paraissait difficile de concilier ces idées de morale sensualiste vec les austères principes de la morale platonicienne.

M. Motet s'est adroitement tiré de cette appréciation. Où peut conduire cette morale? a-t-il semblé se dire; et alors il a tracé le portrait de l'homme que vous savez, ardent au bien, généreux, sensible, d'un cœur ouvert à toutes les affections, passant sa vie à prêcher l'indulgence, la pitié, vivant dans la pratique de toutes les vertus, et mourant avec le seul regret de n'avoir pas fait assez de bien.

la maladie, de l'enrayer dans sa marche, de la combattre même chez l'homme, avant que le poison ait pu produire les désordres sérieux que l'art est encore si impuissant à conjurer.

Une quarantaine, — j'entends par ce mot une surveillance active et un isolement absolu, — dirigée avec une grande rigueur et avec la précision d'une expérience de chimie, protégera toute localité où il sera possible de remplir absolument les conditions difficiles que cette précaution exige. J'en ai déjà donné des exemples, et parmi eux un très-positif et très-concluant, qui m'est personnel, mais il n'est pas difficile d'en citer d'autres; parmi le nombre je choisirai les suivants :

Durant l'année 1865, le choléra sévissait à Naples, à Malte, à Marseille, et en d'autres localités ayant des communications fréquentes avec la Sicile. Dans cette île, une quarantaine des plus sévères fut établie. Aucun cas de choléra ne se déclara dans l'île. — Durant l'été de 1866, les mêmes conditions se renouvelèrent de part et d'autre; puis une révolution éclata à Palerme, et des troupes furent envoyées de Naples et débarquées immédiatement. Quelques jours après, il y eut des cas de choléra parmi les troupes nouvellement arrivées; peu après, quelques-uns des habitants de Palerme succombèrent, eux aussi, au choléra, et la mortalité, en peu de jours, s'éleva à plus de 100 décès par jour.

Un vaisseau quitta Marseille dans l'automne de 1865 pour l'île de la Guadeloupe, et pendant ce trajet un mousse mourut du choléra. Le capitaine conserva les effets du mort, et, à son arrivée à la Guadeloupe, il les donna à laver. La blanchisseuse fut prise de choléra, et peu après la maladie se répandit par toute l'île. Parmi une population de 138,669, à la date du 19 février 1866, il y avait eu 10,808 morts par suite du choléra, et, dans ce nombre, la capitale, — Basse-Terre, — sur une population de 9,576, fournit 1,934 décès cholériques.

Il est inutile d'insister davantage sur la contagion du choléra, le fait est acquis, et, comme le démontre le dernier exemple donné, il a suffi d'une petite quantité d'évacuations cholériques desséchées, puis mêlées à de l'eau, pour décimer une île entière.

Ce qui est désolant, c'est que cette contagion bien reconnue, admise, indiscutable, on ne fait rien ou presque rien pour la combattre et la détruire.

De quoi s'occupe-t-on? de remèdes; peut-être d'isoler les cas; mais a-t-on songé à la protection des habitants d'une ville, que dis-je! de malades réunis dans un même hôpital? On n'a pas encore pris, que je sache du moins, aucune des mesures que

---

Je citerai de cet *Éloge* deux passages qui m'ont frappé et qui peignent Félix Voisin sous des traits saisissants :

« Voisin était à Bicêtre le contemporain de Leuret. Le traitement moral de la folie avait ses partisans et ses détracteurs. Voisin ne partageait pas les opinions de son collègue, et suivi d'élèves qui sont aujourd'hui au milieu de nous, MM. Billod, Dagron, de Crozant, il institua de son côté ce qu'il appelait le traitement intelligent de la folie. La lutte fut assez vive; les statistiques du temps, dressées par les élèves des deux services, se ressentaient peut-être un peu de l'émulation qui s'était développée entre eux, et de la conviction avec laquelle ils soutenaient leurs maîtres. Elles laissèrent, si mes souvenirs ne me trahissent pas, l'avantage à Voisin. Ce fut vers cette époque que parut une brochure demandant à l'Assemblée nationale l'abolition de la peine de mort. Les motifs étaient ceux qu'on alléguera toujours. Ils empruntaient cependant au caractère de Voisin, à ses études spéciales, une importance plus grande encore. Il ne fut pas écouté, mais ne se découragea point, et conséquent avec ses principes, qu'entre le crime, la folie, le suicide, existent d'étroites relations, convaincu d'autre part que l'examen phrénologique lui fournirait de puissants arguments, il obtint l'autorisation d'examiner les forçats au bagne de Toulon, les prisonniers du département de la Seine dans les maisons de détention. Je ne vous parlerai que d'une seule de ces visites, celle qui fut faite aux jeunes détenus avec une commission nommée par l'Académie de médecine, et composée de MM. Adelon, Ferrus, Breschet, Gerdy, Blandin, Moreau, Gérardin, Cornac et Bouillaud. M. Bouillaud était chargé du rapport. Voisin examina 400 jeunes détenus, les divisa en catégories correspondant à leur degré d'intelligence ou de perversité, et quand il eut terminé son classement, le directeur de la prison fut appelé à se prononcer sur l'exactitude des appréciations phrénologiques de Voisin; il déclara que ce résultat était à très-peu de chose près

nos connaissances actuelles sur le choléra nous font un devoir impérieux d'accepter, et qui, dès l'apparition de la maladie au Havre, auraient dû être imposées aux autorités, et qui, vigoureusement appliquées, auraient épargné à la France une nouvelle calamité.

Il y avait deux choses à faire, et Rouen, Caen, Paris, etc., auraient échappé à l'épidémie; et il est encore temps, en présence de la forme, non pas bénigne, mais peu étendue, de l'épidémie actuelle, de protéger cette dernière ville contre le fléau qui, autrement, fera de grands ravages. Ces deux choses sont : *désinfection générale* et *désinfection locale*, c'est-à-dire l'emploi énergique des moyens qui assureront la destruction du principe contagieux qui réside dans les évacuations cholériques.

Laissons de côté la chaîne de cause à effet qui donne à un ferment né sous les tropiques cette puissance prédestinée qui, plus tard, occasionnera des épidémies en Europe; ne nous en occupons pas, attachons-nous seulement à cet anneau de la chaîne que nous pouvons briser, grâce aux moyens de destruction des poisons organiques que nous avons à notre disposition.

Expliquez le fait comme vous voudrez, mais, empiriquement, nous savons qu'en Europe le choléra ne sévit que là où toutes les lois de l'hygiène sont ignorées et méconnues. Les opinions varient, et même considérablement, au sujet de la nature intime du procédé, qui permet au choléra asiatique d'attaquer un individu habitant nos contrées; mais, en pratique, tous sont d'accord sur ce point, c'est que le progrès de la maladie est enrayé là où règne une propreté réelle.

On ne peut trop insister sur ce fait, ni trop répandre cet axiome : que tout individu pris de choléra dans ce pays a été exposé à une pollution excrémentitielle. Ce qui lui a donné le choléra était, — médiatement ou immédiatement, — le principe contagieux du choléra évacué des intestins d'un autre individu, et, en somme, la diffusion du choléra parmi nous dépend entièrement des nombreuses sources d'impuretés que l'on permet d'exister, spécialement dans nos grandes villes, et qui souillent la terre, l'air et l'eau, et, en second lieu, infectent l'homme : Terre imbibée d'excréments; air plein de vapeurs fécales; eau souillée de ces mêmes produits. Voilà les causes du choléra. Qu'elles n'agissent, les unes et les autres, qu'autant que ce sont des excréments provenant de cholériques, et que ceux-ci n'agissent qu'autant qu'ils renferment certains principes organiques, c'est vrai, mais quoique dans l'abstrait cette vérité soit fondamentale, en pratique elle doit disparaître. Qui se livrera à la tâche de différencier les selles en diarrhées saines et contagieuses, ou qui se servira

---

l'expression de ce qu'il savait lui-même sur les dispositions intellectuelles et morales des individus examinés. Alors, dit M. Bouillaud, « M. Voisin, dont vous connaissez la brillante et vive imagination, M. Voisin, qui réunit dans sa personne les talents du fidèle observateur et la verve du poëte, se lève, comme saisi d'un transport d'enthousiasme, et avec cet accent qu'inspire la foi la plus fervente, il s'écrie : « Messieurs d'après la déclaration que vous venez d'entendre, ou je suis un devin, ou je possède une science! » La commission, si frappée qu'elle parût l'être du résultat, n'osa point proposer à l'Académie de médecine de reconnaître comme vraiment digne du nom de science la doctrine nouvelle, mais elle applaudit sincèrement « au zèle avec lequel Voisin se livrait à des études dont le but est si noble et si digne d'exercer les esprits élevés. » Elle proposait d'inscrire le nom de Voisin parmi les candidats pour les places vacantes à l'Académie. »

Dans le second passage que je veux mettre sous les yeux du lecteur, M. Motet met en scène les deux amis dont les noms sont inséparables, Falret et Voisin :

« Cette maison de Vanves, vous savez, Messieurs, combien elle était hospitalière. A de certains jours, autour de la table que présidaient les maîtres, se groupaient les anciens, les jeunes élèves. Tous les deux, Falret et Voisin, aimaient à se retrouver ainsi au milieu de ceux qu'ils avaient initiés. S'ils n'avaient pas procédé de même, ils étaient arrivés au même but, celui de faire aimer la science. Falret se plaisait à laisser s'ouvrir l'intelligence; il posait quelques idées générales, et chacun était libre de développer à sa guise, suivant ses aptitudes, les tendances de son esprit, le thème qu'il avait fourni. Si l'on s'égarait, il ramenait d'un mot profond et juste, mais jamais il ne s'imposait. Heureux s'il se sentait compris, il avait une indulgence qui ne se lassait point, quand on marchait au hasard ou trop vite. Il n'était

du microscope, armé de ses lentilles les plus puissantes, pour y rechercher la présence ou l'absence de l'épithélium? C'est donc l'excrément, pris dans son sens le plus général, que nous devons tout d'abord rendre impuissant et hors d'état de nous nuire.

Je n'ignore pas que l'application générale de l'hygiène est difficile, si difficile dans les grands centres que même ses plus fidèles disciples reculent devant les nombreux obstacles qu'ils ont à surmonter; aussi, tout en signalant son importance, et espérant dans son succès, je serais satisfait de voir pour le moment la désinfection locale pratiquée pendant l'existence du choléra. Quelques mots à ce sujet.

(La suite à un prochain numéro.)

De l'Importation et de la Contagion du Choléra.

Monsieur le rédacteur en chef,

M. Jules Guérin est certainement un esprit puissant et philosophique, qui prend les questions de haut et les traite magistralement; toutefois, il ne me paraît pas possible d'accepter, sans réserves, les doctrines dont il se fait le défenseur dans la question du choléra actuellement pendante devant l'Académie de médecine.

Il n'y a pas de conception théorique qui puisse tenir contre les faits contraires. L'origine spontanée du choléra dans les pays de l'Europe occidentale est une de ces théories qu'aucune argumentation ne pourra jamais concilier avec les faits observés jusqu'ici.

Il a été cent fois prouvé que le choléra se développe épidémiquement à la suite d'une importation dans des localités jusque-là exemptes de manifestations morbides de cette nature. Le professeur Delpech (de Montpellier), le docteur Charles Pellarin, Michel Lévy, Mélier, M. Fauvel, le regrettable Marchal (de Calvi), et beaucoup d'autres, ont rapporté des faits irréfutables d'importation et de contagion du choléra. J'ai montré moi-même, dans une relation exacte et précise de l'épidémie de choléra de la Guadeloupe, en 1855-1856, que cette épidémie, qui a éclaté dans un groupe d'îles isolées au milieu de l'Océan, n'a pas eu d'autre origine que l'importation dans chacune de ces îles, et que c'est encore par importation, par contagion démontrée pour la plupart d'entre elles, que toutes les communes et les localités isolées de ces îles ont été successivement atteintes.

---

pas seulement doué d'une merveilleuse finesse d'observation, il généralisait savamment, et ce qu'on avait appris près de lui, de lui, on ne l'oubliait plus. Voisin parlait volontiers, sa physionomie fine, sa bonhomie parfois légèrement railleuse, attiraient et charmaient ceux qui avaient le bonheur de l'approcher. Toujours égal, il avait l'esprit ainsi fait, que personne n'eut jamais à se plaindre d'une parole ironique ou mordante, et s'il critiquait parfois, sa critique était tempérée par une inaltérable bienveillance, heureux privilége d'une intelligence qui n'était point commune. Il y avait dans le discours, même le plus familier, comme un reflet de ses études de prédilection; il philosophait, non pas à la manière des pédants qui masquent leur insuffisance sous des formules aussi nuageuses que leurs pensées, mais à la manière d'un maître indulgent et bon qui cherche à excuser les faiblesses, à relever les défaillances, par les préceptes de la morale la plus élevée, la plus pure. »

L'autre brochure est intitulée : *Le docteur P.-C.-A. Louis, sa vie, ses œuvres* (1787-1872), par E.-J. Woillez, membre de l'Académie de médecine, etc. Pieux et touchant hommage rendu à la mémoire du maître illustre dont M. Woillez s'est montré le reconnaissant disciple. Nous transcrivons la page suivante de cette intéressante brochure :

« Il ne faut pas croire que Louis soit arrivé d'emblée à cette haute position. Nous savons tous qu'il ne suffit pas, pour conquérir, à Paris, une situation médicale lucrative, d'avoir une solide instruction, une vie honorable, ni même d'avoir publié des travaux estimés.

« Louis subit la loi commune au début de sa pratique. Douze ans après son retour d'Odessa à Paris, il n'avait pas encore la position à laquelle il devait prétendre. Il est vrai qu'il avait renoncé, pendant les six premières de ces années, à toute pratique pour se livrer entièrement à l'observation clinique; il avait ensuite passé une année à Bruxelles, puis consacré

Les faits d'importation, donc de contagion, aujourd'hui connus, sont assez nombreux pour qu'il soit permis de formuler cette proposition : les épidémies de choléra se développent à la suite et par le fait d'importations.

Y a-t-il pour ces épidémies un autre mode d'origine?

Oui, pour un certain nombre de médecins qui cependant, cela est à noter, deviennent tous les jours plus rares; cette autre origine serait la spontanéité. Dans cette manière de voir, les épidémies de choléra naîtraient sur place par le fait d'un phénomène de constitution médicale Elles seraient toujours précédées et accompagnées d'affections diarrhéiques qui deviennent cholérine, puis choléra épidémique, par une sorte d'évolution spontanée analogue à celle qui se voit dans la plupart des œuvres de la nature.

Cette théorie a un air philosophique qui peut plaire à l'esprit, mais je ne puis y voir qu'une illusion concevable chez ceux qui n'ont pas été à même de voir une épidémie de choléra suivre l'itinéraire que lui tracent les malades et les objets imprégnés de matières cholériques.

Et quand ce phénomène se produit, non pas au milieu des populations agglomérées de la France, de l'Europe, où il est souvent impossible de suivre la piste des malades et de découvrir l'origine des premiers cas, les seuls qui aient de l'importance au point de vue de l'origine de l'épidémie elle-même, mais que cela a lieu au milieu de l'Océan, dans des îles, dans des localités complétement isolées ; quand on voit un malade du choléra ou un paquet de linge *cholérisé* portant avec eux une épidémie de choléra dans les lieux où ils sont débarqués ; quand il est aujourd'hui acquis à la vérité que des épidémies de choléra sont nées de cette manière en cent lieux divers, quelle valeur peuvent-elles avoir contre la puissance logique de pareils faits, les hypothèses si ingénieuses qu'elles soient sur la spontanéité du choléra?

Sans parler des exemples presque innombrables aujourd'hui connus de ce mode d'origine par importation des épidémies de choléra, j'en citerai deux autres exemples non moins probants qui n'ont pas encore été publiés :

En 1854, le choléra régnant à Londres, un négociant convalescent de cette maladie s'embarqua pour l'île Saint-Christophe, emportant dans sa malle, sans avoir eu le temps de le faire laver, le linge qui lui avait servi pendant sa maladie. Quelques jours après son arrivée à Saint-Christrophe, le choléra se déclare dans l'île en

---

plusieurs mois à sa mission de Gibraltar, dont il ne revint qu'en mai 1829. Mais les titres scientifiquees qu'il avait conquis dans cet intervalle de douze années, son existence si digne, si honnête et son âge mûr, car il avait alors 45 ans, auraient dû plus rapidement lui faire prendre place parmi les praticiens au moins satisfaits. Mais il n'en fut rien. Au moment de son départ pour Gibraltar, il habitait encore sa modeste chambre d'entresol à l'hôpital de la Charité, où il était devenu chef de clinique.

« Rappelons, en passant, à propos de ce modeste logis, un épisode qui influa profondément sur l'avenir de Louis.

« Un jour, une jeune dame, fille du marquis de Montferrier, conseiller à la Cour des comptes, allait consulter Magendie sur le choix d'un bon médecin qu'elle désirait pour donner des soins à sa famille. Elle lui exprima le désir de rencontrer dans ce praticien des qualités si exceptionnelles, que Magendie, moitié en plaisantant, moitié sérieusement, répondit à cette demande : — Vous voulez vraiment un phénix, alors choisissez M. Louis! Cette réponse fut prise à la lettre.

« La dame se rendit avec sa jeune sœur à l'hôpital de la Charité, où elles allèrent frapper à la porte de la chambre en question. Elle leur fut ouverte par un grand et sérieux jeune homme dont l'aspect les frappa, et qui était entouré des preuves d'un travail opiniâtre. Louis devint le médecin et l'ami de la famille, faisant, plusieurs années plus tard, sa compagne bien-aimée de la jeune fille que le hasard avait conduite en sa présence. »

Encore cette courte citation, qui peint bien fidèlement M. Louis :

« Nous avons vu combien il était absolu dans ses convictions concernant la science médicale. On peut dire, dans le bon sens du mot, qu'il était absolu en toute autre chose : dans la

commençant par la servante qui avait ouvert la malle et en avait retiré le linge. Quatre mille victimes succombèrent dans cette épidémie.

Les Anglais, hommes pratiques autant que théoriciens de bon sens, prirent des mesures contre la contagion, et aucune des îles environnantes ne fut atteinte.

L'année suivante, la petite île de Niéores, attenante à Saint-Christophe, fut à son tour infectée par un bâtiment chargé d'immigrants qui avait le choléra à bord. Grâce aux précautions prises, l'épidémie resta également confinée dans l'île de Niéores.

On peut se demander comment il se fait que les partisans de la spontanéité du choléra puissent élever leur construction logique sans se préoccuper le moins du monde de réfuter l'écrasant argument du choléra au milieu de l'Océan, à plus de mille lieues de tout foyer cholérique, par un malade, par un paquet de linge contaminé?

Celui qui admet la spontanéité répond sans doute : L'importation n'est qu'une coïncidence; il existait des diarrhées dans le pays, et ces diarrhées étaient tout simplement une épidémie de choléra à l'état embryonnaire.

C'est là une théorie toute gratuite. Il existait, dites-vous, des diarrhées dans le pays ; cela ne suffit pas, car il y a toujours quelques diarrhées dans tout pays ; il faut encore que ces diarrhées offrent quelques caractères particuliers ou, au moins, qu'elles soient plus nombreuses qu'à l'ordinaire. Or, cette preuve n'a jamais été faite, et je ne crois même pas du tout que les partisans de la spontanéité se préoccupent de la faire : ils se bornent à cet égard à de simples assertions. Nous ignorons complétement, jusqu'à présent, en quoi les diarrhées de la saison chaude qui ont été suivies de choléra épidémique, à Paris, par exemple, diffèrent de celles qui n'en ont pas été suivies.

Ce n'est, le plus souvent, qu'après l'invasion du choléra qu'on s'imagine et qu'on allègue qu'il a été précédé d'une constitution atmosphérique spéciale, caractérisée par des affections particulières. Pour citer de ce fait un exemple qui m'est personnellement connu, c'est ce qui est arrivé à la Guadeloupe quand on a voulu expliquer après coup, autrement que par l'importation, l'origine du choléra qui a ravagé cette île et ses dépendances. Seulement, il s'agissait là-bas, non de diarrhées, mais de fièvres pernicieuses comme antécédent du choléra. Cette hypothèse ne fut qu'une des variantes de la légende, qui essaya de se substituer à l'importation pour rendre compte de cette épidémie.

---

probité, le devoir, le dévouement, et dans ses sentiments d'affection pour sa famille et ses amis. Il comprenait le devoir d'une façon si entière, que l'on peut presque dire qu'il en avait l'excès, tant ses scrupules à cet égard étaient vivaces. Pendant les vingt premières années de son heureuse union avec la digne compagne de sa vie, jamais il ne restait plus de quatre heures auprès de sa femme et de son fils, lorsqu'ils étaient en villégiature à Dieppe. Les plaisirs mondains, même les plus ordinaires, lui étaient complétement étrangers. »

On a trouvé quelques notes manuscrites dans lesquelles M. Louis a consigné ses idées sur divers sujets. M. Woillez cite celle-ci sur la croyance en Dieu :

« Croire en Dieu! mauvaise expression qui ne dit pas ce qu'elle doit dire... Croire en Dieu! mais on ne croit pas au soleil : on le voit, on le sent. Dieu est-il moins évident que le soleil?... J'ai confiance en Dieu; si je pense à lui, j'espère; et mes espérances ne sont pas dominées par la terreur. Dieu est notre père; la bonté est un de ses attributs essentiels.... »

Quel petit esprit! vont s'écrier les positivistes. Dieu veuille qu'il s'en rencontre encore quelques-uns de ces petits esprits qui sachent allier l'observation qui a fait la gloire de la clinique française, avec l'expérimentation, la fureur du jour! Quand on voit les excès dans lesquels peut tomber la chimiâtrie moderne, on se sent heureux vraiment de pouvoir se rattacher à quelques principes de philosophie naturelle dont l'observation est la base. Savez-vous, par exemple, ce que vous faites, d'après la chimie, vous tous qui, le matin, prenez une tasse de café au lait? Eh bien, vous avalez une soupe au cuir tanné, parce que le tannin du café se combine avec la caséine du lait pour faire du cuir. Ah! vous ne saviez pas cela? Eh bien, je suis heureux de vous l'apprendre.

Dr SIMPLICE.

En résumé, l'origine du choléra épidémique par importation est démontrée par des preuves nombreuses, irréfragables pour un grand nombre d'épidémies, et c'est faire une induction très-légitime, jusqu'à preuve contraire, que de généraliser cette explication de l'origine des épidémies de choléra en dehors des pays où il est endémique. La spontanéité ne peut aujourd'hui être admise qu'à titre de simple hypothèse : *Neganti incumbit probatio.* C'est à elle à se prouver par des raisons valables, si elle veut être admise sur le même pied que l'origine par importation. Jusque-là, il serait fort imprudent, fort dangereux d'abandonner, comme le demandent quelques-uns des partisans de la spontanéité, les mesures préservatrices qui se déduisent de la donnée de l'importation et de la contagion, seuls modes jusqu'ici connus de l'origine et de la propagation des épidémies de choléra en dehors de l'Inde. C'est pour avoir méconnu cette vérité que tant d'îles, tant de pays qu'il eût été facile de préserver du fléau ont vu leurs populations décimées.

Après cela, il va sans dire qu'à force d'être importé dans un pays d'où il n'est pas originaire, il est fort possible que le choléra finisse par s'y impatroniser ; mais ceci est une autre question et, fort heureusement, cette impatronisation du choléra en Europe ne paraît pas encore avoir eu lieu.

Quant à l'importance de la diarrhée pendant les épidémies de choléra, je la crois réelle, mais sous les réserves suivantes :

Il y a des diarrhées tout à fait étrangères au choléra et à la prétendue constitution épidémique; ces diarrhées constituent simplement une prédisposition à ressentir les effets de l'intoxication cholérique : il importe donc de les combattre. Il y a d'autres diarrhées beaucoup plus graves, qui ne sont autre chose que le choléra lui-même à son début. Celles-ci sont *prémonitoires*, au même titre que les premiers symptômes de toute autre maladie, ni plus ni moins. Il importe beaucoup plus encore de combattre cette diarrhée cholérique le plus tôt possible; c'est peut-être le seul moyen qui soit en notre pouvoir d'influer sur la marche de la maladie, d'en modérer l'intensité.

Quelque opinion que l'on se fasse de la nature pathogénique du choléra ou de toute autre maladie, nulle thérapeutique ne vaut, selon moi, la simple hygiène rationnelle appliquée tout à fait au début du mal. Cette hygiène, ainsi appliquée au moment opportun, simplifie à tel point la maladie, que le médecin n'a plus guère qu'à en confier la marche aux ressources de la nature, en veillant seulement à la constante réalisation des conditions essentielles de l'hygiène.

De même que l'hygiène a le pouvoir de prévenir la plupart des maladies, elle a aussi le pouvoir d'en guérir un grand nombre, sans être jamais une arme dangereuse.

On a demandé : Qu'est-ce qui s'importe dans le choléra ? La réponse est facile : elle se tire de ce fait, aujourd'hui bien prouvé, que ce ne sont pas seulement les malades, mais aussi le linge qui leur a servi qui transmettent la maladie. Le docteur Charles Pellarin a montré le premier, en 1849, que le véhicule, l'excipient, si je puis dire, de l'agent contagieux du choléra, ce sont surtout les déjections cholériques. Toutes les épidémies de choléra qui ont eu lieu depuis cette époque sont venues confirmer la justesse de cette observation, si féconde en déductions pratiques, et la plus importante découverte qui ait été faite jusqu'à présent sur cette maladie.

Dr Aug. PELLARIN.

Paris, 21 septembre 1873.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans la plupart des communications relatives au choléra on rencontre le mot : *contage* remplaçant le mot latin habituel : *contagium*. Je ne m'y habitue pas, et je préfère ce dernier. Contage me paraît toujours venir de conter; comme racontage, de raconter. On s'y fera peut-être.

Puisque je parle du choléra, qu'on me permette de rappeler un fait dont il ne me semble

pas qu'on tienne assez de compte. Les troubles des fonctions digestives, embarras gastriques et diarrhées, n'ont, je crois, jamais été plus fréquents que cette année; et cette influence endémique ne s'est jamais fait sentir pendant une saison plus longue. Je sais telle localité qui reçoit une grande affluence d'étrangers, où, durant les mois de juillet, d'août et de septembre il n'y a peut-être pas eu un individu sur dix qui n'ait souffert de dérangement intestinal. Que le choléra ait éclaté au milieu de cette population, préoccupée déjà de la crainte de l'épidémie, toutes ces diarrhées seraient, à l'instant, devenues des diarrhées prémonitoires. Mais comme il n'est pas venu, elles n'ont rien été du tout, et on n'y pense plus.

Qu'on ne me suppose pas la prétention de traiter ainsi à la légère, et d'une façon incidente, la grave question du mode de transmission du choléra. Il est un point qui doit imposer la plus extrême réserve aux partisans des différentes manières de voir à ce sujet. C'est le point de savoir comment se produisent les cas de choléra grave qui se montrent dans l'intérieur des salles d'hôpitaux. Au milieu de malades qui restent indemnes, il peut arriver qu'un seul individu soit frappé du choléra et meure. Les derniers comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux ne laissent guère de doute à cet égard. Comment les partisans de la transmission atmosphérique expliqueront-ils ce cas isolé? Les partisans de la transmission par les déjections, etc., n'auront-ils pas, de leur côté, beaucoup de difficultés pour comprendre l'apparition de la maladie dans un milieu où n'existaient auparavant aucune des conditions dont ils parlent? C'est là, sur ce point, que doivent porter les efforts de la discussion. Tant qu'il ne sera pas élucidé, la conviction ne pourra être entière de part ni d'autre.

Quant à la question des vents, sur laquelle on revient toujours, il y aurait à dire que la première chose à faire serait de montrer que l'apparition du choléra dans une localité a coïncidé exactement avec la direction du vent soufflant d'une localité infectée à la localité qui s'infecte. Cette démonstration a-t-elle été faite? Quel vent sera le bon ou le mauvais? A prendre la hauteur de l'atmosphère, il est bien rare qu'il ne règne pas, dans une zone quelconque, le vent dont on a besoin. « *Ubi vult flat ventus* », disait-on anciennement. Ne pourrait-on pas dire maintenant qu'il souffle où l'on veut?

Il ne faudrait pas oublier ce qui s'est passé sur les côtes de la Méditerranée lors de l'épidémie de 1865-1866. Tous les pays habités des bords de cette mer ont été touchés par le choléra, un seul excepté : la Sicile. Le blocus le plus rigoureux avait été établi autour de l'île, et il ne fut permis à aucun navire d'y aborder tout le temps que dura l'épidémie. On se rappelle que M. Béhic, alors ministre du commerce de France, voulut forcer la passe, et qu'on le menaça de le couler immédiatement s'il ne virait de bord. Il le fit, et il fit bien, à tous les points de vue; mais ce qu'on peut obtenir d'un navire, même officiel, on ne peut l'obtenir des vents. Je laisse aux défenseurs ou aux accusateurs des courants aériens à tirer la conséquence de cet enseignement.

Une des victimes du choléra actuel est M. Donati, directeur de l'Observatoire de Florence, lequel fut élevé par l'Italie dans la campagne où mourut Galilée. M. Donati a donné son nom à la grande comète de 1858. Il avait envoyé, ces jours derniers, à l'Académie des sciences, un important mémoire sur les aurores boréales. Il revenait de Vienne, où il s'était fait remarquer comme membre du jury de l'Exposition universelle.

M. Jean Chacornac, astronome français, bien connu de l'Académie des sciences par ses nombreuses communications, vient aussi de mourir, mais non du choléra, près de Lyon, sa patrie.

MM. Nélaton et Coste, membres titulaires, enlevés dans la même semaine, étaient, à un mois près, du même âge. Ils avaient tous deux 66 ans. L'Académie, en signe de deuil, n'a pas tenu la séance qui a suivi cette double mort. — M. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 septembre 1873. — Présidence de M. Lailler, vice-président

SOMMAIRE. — *De l'épidémie cholérique actuelle :* M. Ernest Besnier. — *De l'influence de l'eau et de l'atmosphère sur la propagation du choléra,* par M. Léon Colin. — *Des injections intra-veineuses :* M. Beaumetz. — *Altérations du sang, des matières intestinales et lésions anatomiques dans le choléra :* MM. Hayem, Raynaud, Damaschino, Cornil. — *Création d'un hôpital spécial pour les cholériques :* MM. Édouard Labbé, Moissenet, Brouardel, Proust.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Ernest Besnier lit une deuxième note *sur l'épidémie cholérique.* (Voyez l'Union Médicale des 23 et 25 septembre.)

M. Léon Colin lit un travail intitulé : *De l'influence de l'eau et de l'atmosphère sur la propagation du choléra.* (Voyez l'Union Médicale du 25 septembre.)

M. Beaumetz propose que la question des injections intra-veineuses dans le choléra soit mise à l'ordre du jour de la Société. Ce mode de traitement a déjà rencontré une certaine faveur et, dans les hôpitaux, on y a déjà eu plusieurs fois recours dans l'épidémie actuelle. Il serait bon d'être fixé sur plusieurs points : A quel moment convient-il de pratiquer l'injection veineuse? Quel liquide doit-on employer? Quel est le manuel opératoire?

Sur l'invitation de M. le Président, M. Beaumetz se fait inscrire pour lire, dans la prochaine séance, un travail sur ce sujet.

—

M. Cornil communique quelques renseignements sur une épidémie locale de choléra dans une salle d'hôpital : ces renseignements seront réunis dans une note qui sera jointe au compte rendu de M. le Secrétaire général.

M. Hayem donne quelques renseignements sur les recherches anatomiques qu'il a entreprises à l'occasion de l'épidémie actuelle.

Son attention s'est d'abord portée sur l'état du sang. Chez une malade plongée dans le collapsus de la période algide et qui avait 34° dans l'aisselle, le sang offrait au microscope des caractères importants.

Les globules rouges avaient perdu une partie de leurs qualités physiques. Ils étaient comme diffluents, visqueux, étirés, et, au lieu de conserver une forme discoïde, ou de former les petits tas caractéristiques des globules normaux à la façon des piles de monnaies, ils étaient groupés par amas irréguliers, dans lesquels les éléments avaient une tendance à se confondre par leur bord. Dans la préparation, il existait certainement un nombre plus considérable de globules blancs qu'à l'état normal; et, de plus, on voyait un très-grand nombre de petits globules rouges, éléments deux ou trois fois plus petits qu'un globule normal, et dont la présence dans le sang des cholériques avait déjà été remarquée par MM. Hénocque et Hayem, en 1865-66, dans des recherches faites en commun.

Malgré un examen minutieux, il a été impossible de trouver dans ce sang des proto-organismes analogues à ceux qui ont été vus dans d'autres maladies infectieuses.

Chez une autre malade, mourante, mais après une longue période de réaction, et avec une température supérieure à la normale, le sang, sauf une faible augmentation du nombre des globules blancs, avait des caractères microscopiques tout à fait normaux.

M. Hayem ne pense pas qu'on puisse trouver dans le sang des caractères particuliers au choléra. L'augmentation du nombre des globules blancs et la présence de ces petits globules rouges qui paraissent être des fragments d'éléments s'expliquent par la stase sanguine de la période algide, et probablement aussi par la diminution de la proportion d'eau. On sait que pendant la stase un grand nombre de globules sanguins restent adhérents aux parois vasculaires, et que les globules rouges, notamment, en voie d'extravasation par diapédèse, sont comme étranglés par les parois vasculaires. Lorsqu'on fait une petite incision pour examiner le sang, et qu'on presse sur les tissus divisés, on fait sortir forcément un grand nombre de globules blancs, et on détermine la fragmentation de quelques globules rouges pincés pour ainsi dire par la paroi des vaisseaux.

La viscosité particulière des globules s'expliquerait, soit par l'abondance de l'acide carbonique dans le sang, soit par une légère modification due à la stase.

M. Hayem a étudié ensuite au microscope les selles cholériques, pour vérifier les assertions de quelques auteurs touchant la présence, dans ces déjections, de proto-organismes particuliers. Dans les examens microscopiques, faits en partie avec M. Raynaud, il a été facile de constater un grand nombre de proto-organismes mobiles ou immobiles, et cela dans les déjections de tous les malades, même à l'époque de la diarrhée dite prémonitoire. M. Hayem, en comparant les dessins qu'il a faits de ces petits organismes à la description des vibrioniens telle qu'elle est résumée par M. Davaine (Art. Bactérie, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*), a pu compter dans les selles cholériques une dizaine de variétés de vibrioniens, et plusieurs fois toutes ces variétés existaient en même temps dans le même échantillon. On retrouve divers types qui appartiennent aux trois genres admis par M. Davaine : bacterium, vibrio, bactéridie; mais on ne voit pas constamment les mêmes variétés dans les déjections de tous les malades, de sorte qu'il est difficile de dire s'il en est qui sont spéciales au choléra.

Dans trois cas, M. Hayem a trouvé des chapelets de spores ne ressemblant à aucune des variétés décrites de vibrioniens. Ces organismes simulaient un peu des fragments de grosses fibrilles musculaires striées; mais chaque particule était un peu étranglée vers le centre e plus grosse que les éléments sarceux des muscles de l'homme. Les proto-organismes les plus constants et les plus abondants, ceux qui forment souvent à eux seuls une grande partie des flocons blanchâtres dans les selles dites riziformes, sont constitués par de petites vésicules arrondies ou ovoïdes isolées ou groupées par deux, trois, et rassemblées en amas

considérables. Les petits éléments forment, quelquefois aussi, des chapelets très-longs ; ils sont immobiles et répondent probablement aux formes jeunes du bacterium termo ou du bacterium putredinis. Ce sont eux probablement qui, en Allemagne, ont été désignés sous le nom de micrococcus. On voit donc qu'il est encore difficile de se prononcer sur l'existence d'un parasite spécial, mais que les déjections cholériques ne sont autres qu'un liquide en putréfaction très-avancée, et cela dès les premières selles rendues par les malades, souvent bien avant l'explosion des symptômes caractéristiques du choléra. On comprend aussi comment ce liquide putride, bien qu'il soit souvent sans odeur ou à peine fétide, peut posséder une virulence considérable.

Dans les autopsies de cholériques, le seul appareil qui soit constamment lésé, mais qui cependant ne présente pas non plus d'altérations spécifiques, c'est le tube digestif. Sans reprendre une description détaillée de ces lésions, M. Hayem appelle l'attention sur les points suivants :

Outre sa rougeur intense, sa teinte violacée, due à une hyperémie surtout veineuse, le tube digestif est constamment distendu, dans toute sa longueur, par une grande quantité de liquide et de gaz. Le volume du liquide a varié de 2 à 3 litres. On trouve la même exsudation abondante dans les cas où les malades n'ont eu que peu de vomissements ou de selles, ce qui explique très-bien comment l'algidité et le collapsus paraissent quelquefois peu en rapport avec les phénomènes gastro-intestinaux. Il semble que souvent l'intestin soit atteint de paralysie et que les malades n'aient eu des selles que par regorgement. Quand on a vidé le tube digestif de son contenu, on constate les caractères d'une gastro-entérite généralisée, qui s'étend souvent de l'œsophage au rectum, mais n'acquiert son maximum de développement que dans les derniers mètres de l'intestin grêle et les premières portions du gros intestin.

Dans les autopsies faites ces jours-ci par M. Hayem, la psorentérie a été peu prononcée ; les plaques de Peyer étaient saines ou à peine un peu gonflées. Dans l'épidémie de 1865-66, on avait trouvé des lésions des follicules clos et agminés beaucoup plus marqués.

Au microscope, on constate des faits importants que M. Hayem énumère brièvement : Dans les vaisseaux, stase dans le réseau muqueux et sous-muqueux, particulièrement dans les veines. Les capillaires, remplis de sang, se poursuivent presque tous jusqu'à la base des villosités et quelques-uns jusqu'à leur sommet. A la surface de la muqueuse, desquamation épithéliale souvent complète ; l'épithélium cylindrique mêlé à l'exsudat muqueux, est infiltré de granulations graisseuses. L'épithélium des glandes persiste en général ; mais il est toujours fortement granuleux, plus rarement vésiculeux. Le tissu propre de la muqueuse et des villosités est rempli d'un grand nombre d'éléments nouveaux (conjonctifs et lymphoïdes) remplis de granulations graisseuses. En certains points, les villosités ont disparu, dans les cas où la maladie n'a pas été très-rapide. Toute la partie lymphatique de la muqueuse est gonflée et remplie de globules blancs, qui, accumulés surtout dans les follicules, constituent la psorentérie.

Ces lésions sont plus ou moins développées, suivant les cas ; mais elles ne diffèrent pas de celles que l'on trouve dans les inflammations catarrhales un peu intenses. L'infiltration lymphoïde de la muqueuse, les altérations des follicules, tant isolés qu'agminés, étaient plus considérables dans les faits étudiés en 1865-66. Les ganglions mésentériques offrent toujours un gonflement plus ou moins notable.

En terminant, M. Hayem appelle l'attention des membres de la Société sur les deux médicaments qui, dans le petit nombre des cas qu'il a eus à traiter, lui ont rendu quelques services.

Les vomissements, en empêchant l'administration de toute substance active, constituent un symptôme tellement redoutable, que, dans la période prodromique, on doit se préoccuper avant tout de l'état gastrique. A ce point de vue, l'ipéca a une grande importance. On en trouve souvent l'indication à la période dite prémonitoire, qui, vu l'état des selles, n'est autre que le premier stade de l'infection cholérique confirmée.

Le même médicament peut souvent encore être employé avec avantage au début de la période algide. — Plus tard, lorsque, après le réchauffement, dans le stade dit de réaction, les vomissements sont encore fréquents, il a semblé à M. Hayem que l'ipéca pouvait modifier rapidement cette susceptibilité gastrique.

Contre la diarrhée, il a essayé un médicament actuellement abandonné, le sulfure de mercure, qui a été récemment recommandé par un médecin italien, le docteur Murino. A la dose d'un gramme toutes les deux heures, il a produit rapidement la cessation de la diarrhée et même la constipation chez les trois malades auxquels il a été administré.

Sans se prononcer sur la valeur des vues théoriques qui ont guidé M. le docteur Murino dans le choix du sulfure de mercure, qui, d'après ce médecin, tuerait les parasites du choléra, M. Hayem pense que ce médicament vaut la peine d'être essayé dans une maladie pour laquelle, jusqu'à présent, on n'a encore découvert aucun moyen d'une valeur incontestable.

M. Raynaud confirme ce que vient de dire M. Hayem, d'après les recherches qu'ils ont faites en commun à Lariboisière. Il ajoute que, d'après son observation, ce seraient surtout les cas graves de choléra qui présenteraient surtout les bactéries et les grands corps ovoïdes qu'on trouve dans les selles riziformes; il faut tenir compte aussi de la quantité énorme de ces êtres, quantité bien supérieure à celle qu'on trouve dans les diarrhées ordinaires. M. Raynaud appelle aussi l'attention sur une tisane qu'il a employée avec de bons résultats : c'est l'infusion de feuilles de groseillier noir (cassis); plusieurs malades qui vomissaient tout, et en particulier le thé au rhum, ont supporté cette boisson.

M. Cornil dit avoir vu les recherches faites par M. Renault, depuis le commencement de l'épidémie actuelle, qui concordent pour certains points avec celles de M. Hayem. M. Renaut les communiquera dans la prochaine séance.

M. E. Besnier demande si l'on a recherché s'il existait quelque altération dans le système nerveux pouvant tenir sous sa dépendance les lésions intestinales.

M. Damaschino dit avoir, dans l'épidémie antérieure, fait des recherches sur l'état du plexus solaire et des nerfs qui en émanent; il n'a trouvé dans ces organes aucune lésion appréciable.

—

M. Édouard Labbé demande à revenir sur la question de l'opportunité de la création d'un hôpital spécial pour les cholériques. Cette question a été soulevée dans la dernière séance; il y aurait un intérêt majeur à la décider dès le début de l'épidémie.

M. Moissenet a vu M. le directeur de l'Assistance publique. Il lui a demandé d'abord de vouloir bien se procurer des renseignements sur les résultats qu'avaient donnés les hôpitaux spéciaux à l'étranger; il lui a parlé en outre de l'opportunité de la création d'un hôpital spécial et d'un asile spécial de convalescence. M. Blondel a répondu qu'il ne croyait pas à l'opportunité de ces mesures, que l'épidémie n'était pas en progrès, enfin que les médecins étaient loin d'être d'accord sur les avantages qu'il y avait à isoler les cholériques dans les hôpitaux.

M. Brouardel : Aucun médecin n'a jamais osé soutenir en public la dissémination des cholériques dans les salles communes.

M. Proust : Si l'épidémie est jusqu'ici peu étendue, c'est précisément le cas d'employer des mesures pour l'empêcher de se propager.

M. Brouardel a consulté la statistique du choléra en 1865. L'épidémie avait commencé le 1er septembre, et dans le mois il n'y avait eu que deux cents et quelques décès dans les hôpitaux; en octobre, il y en avait plus de quatre mille. Après cela, est-on autorisé à attendre, sous prétexte que l'épidémie fait jusqu'ici peu de progrès?

M. Éd. Labbé propose de mettre en tête de l'ordre du jour de la prochaine séance la question suivante : Y a-t-il utilité ou non d'installer un hôpital spécial de cholériques?

Cette proposition est adoptée.

Le Secrétaire : Ch. Fernet.

Éphémérides Médicales. — 4 Octobre 1641.

—

Un médecin, dont nous n'avons pu déchiffrer la signature, signe cette ordonnance :

« Prenez décoction de gayac, de chevrefeuil, de racines d'aristoloche, de betoine, de marjolaine, un demi-septier, faites boûillir dans icelui quatre grains de bon sublimé, puis destrempez-y une once et demie de miel rosat, et qu'on lui seringue dans le nez. » — A. Ch.

COURRIER

Récompenses accordées a l'Exposition de Vienne a nos nationaux. — D'après la relation donnée par MM. Delpech et Limousin, il a été donné aux pharmaciens français admis à l'Exposition de Vienne sept médailles de progrès :

1° Armet de Lisle, pour le sulfate de quinine; 2° Camus, produits chimiques divers; 3° Cournerie, de Cherbourg, iode et iodures; 4° John Casthelaz, produits divers pour les arts, la médecine et l'industrie; 5° Nativelle, digitaline cristallisée; 6° Robert de Massy, de Saint-Quentin, sels de potasse et de soude; 7° Tissier aîné et fils, du Conquet, iodes et iodures.

Onze médailles de mérite :

1° Adrian et Ce (Société française), produits pharmaceutiques titrés; 2° Billault-Billaudot et Ce, produits chimiques pour la télégraphie; 3° Dubosc et Ce, produits chimiques pour la photographie et les arts; 4° Hottot, pepsine; 5° Leperdriel, Genevoix, tissus pharmaceutiques,

vésicatoires, thapsia, etc.; 6° Limousin, cachets médicamenteux, oxygène, chloral, sulfovinate de soude; 7° Matthieu Plessy, encre et acide gallique; 8° Mulaton, de Lyon, produits pharmaceutiques divers; 9° Poulenc et Wittmann, produits chimiques; 10° Rigaud et Leconte, produits pharmaceutiques; 11° Rousseau et fils, produits chimiques pour la télégraphie; 12° Roques et C°, iodures, camphre sublimé;

Enfin, onze diplômes de mérite:

1° Delpech, produits pharmaceutiques tirés de l'eucalyptus et du cubèbe. Un second diplôme de mérite a été accordé à M. Delpech, pour un sac d'ambulance exposé dans le matériel de la Société française de secours aux blessés; 2° Desnoix et C°, tissus pharmaceutiques; 3° Faure et Darasse, produits chimiques et pharmaceutiques; 4° J. Fayard, de Lyon, eaux minérales, produits chimiques, etc.; 5° Ferrand, de Lyon, produits spéciaux appliqués à la médecine, à la chirurgie et à l'économie domestique; 6° Fumouze frères, toile vésicante, papier épispastique, capsules Raquin; 7° Levasseur, produits pharmaceutiques; 8° Storck et C° (Paris), produits chimiques pour le raffinage du sucre par les sels de baryte; 9° Thévenot, de Dijon, capsules et perles médicinales; 10° Viel, de Tours, capsules d'éther, de chloroforme et d'essences diverses; 11° Vichy (Compagnie de Vichy), eaux minérales naturelles, sels pour bains et pour boisson.

Pour compléter cette énumération, mentionnons, dans d'autres groupes, des diplômes d'honneur à MM. Bardy et Dusart, pharmaciens à Paris, pour leur exposition technique de substances tinctoriales d'origine minérale et organique; — Poirier et Charles Lauth, pour leurs travaux sur les matières colorantes retirées du goudron (aniline, fuschine, etc.); — Dubosq, instruments d'optique; — Pasteur, pour ses travaux sur le chauffage des vins et sur la maladie des vers à soie; — Collin, pour ses instruments de chirurgie, etc.

Des médailles de progrès: MM. Mathieu, instruments de chirurgie et appareils divers; — Bourgogne, préparations microscopiques; — Gaiffe, appareils électriques médicaux; Talrich, modeleur de la Faculté de médecine, etc.

BULLETIN DU CHOLÉRA. — Les dernières nouvelles de l'Allemagne sont rassurantes. Les nouveaux cas ont diminué à Berlin dans la semaine du 12 au 18 septembre. Il y en a eu pourtant encore 50 les 16 et 17, dont 21 mortels; 120 malades seulement restaient en traitement le 18. A cette date, on en comptait un total de 716, dont 481 morts, parmi lesquels il convient de citer ici un jeune médecin, Otto Obermier, qui a succombé, victime de son zèle scientifique, à l'âge de 31 ans. Il s'occupait de recherches analytiques des matières excrémentitielles et des tissus des cholériques lorsqu'il en fut infecté et en mourut rapidement.

A Magdebourg, l'épidémie a presque disparu après avoir causé 1,321 décès, sur 2,702 invasions, du 16 juillet au 11 septembre. De même à Kœnigsberg et à Dresde; mais un certain nombre de cas ont apparu dans diverses localités de la Haute-Bavière.

A Vienne, l'épidémie est restée stationnaire du 14 au 21 septembre, comme l'attestent les cas nouveaux de chaque jour: 43, 60, 56, 65, 41, 46, 54, 52. On l'attribue à l'admission de nouveaux cholériques à l'hôpital Wieden, malgré les ordres contraires, et qui a déterminé 21 cas intérieurs. L'usage de l'eau des puits de la prison paraît y avoir aussi déterminé de nombreuses diarrhées. L'épidémie s'étend toujours dans les districts montagneux.

Dans son dernier meeting hebdomadaire, l'Union des gardiens du sud de Dublin a résolu, à l'unanimité, d'affecter un navire à un hôpital flottant destiné exclusivement aux cholériques. 60 lits y seront installés. Le prix en est de 25,000 francs. — Y.

CRÉMATION DES MORTS. — Il se forme à Zurich une Société dont les membres doivent s'engager à ne pas se faire enterrer après leur mort, mais à brûler leur corps; cette idée trouve d'assez nombreuses adhésions, dit-on, et est ouvertement appuyée par la *Gazette d'Andelfingen*. Ce journal fait observer que le système de l'enterrement rend nécessaires, à proximité des villes, des cimetières qui emploient des étendues considérables d'un terrain précieux, compromettent la santé des vivants, sans permettre de respecter les morts, dont les ossements sont déterrés et dispersés. Au contraire, la cendre des morts conservée dans une urne serait pour les parents un souvenir plus durable, sans inconvénient pour personne. — (*Journal de Genève.*)

JURISPRUDENCE. — Le tribunal civil de Lyon vient de rendre un jugement qui intéresse toutes les Sociétés de secours mutuels.

Il a décidé, dans son audience du 30 juillet, qu'une Société de secours mutuels avait le droit d'expulser un sociétaire qui fait un usage abusif des remèdes alloués gratuitement aux sociétaires malades; qu'en effet, un membre qui se fait délivrer, à l'aide de manœuvres contraires au règlement, des médicaments excédant ses besoins personnels, manque à ses engagements d'associé et porte atteinte aux droits de la Société.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C°, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES

1866—1873

Quatrième note, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 3 octobre 1873,

Par M. Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I. État actuel de l'épidémie; *documents statistiques.* — II. *Hôpitaux militaires :* 1° Hôpital Saint-Martin : M. le docteur Cabrol; 2° Hôpital de Vincennes : M. le docteur Fleschut; 3° Hôpital du Gros-Caillou : M. le docteur Champenois; 4° Hôpital du Val-de-Grâce : M. le docteur Kelsch. — III. *Hôpitaux civils :* 1° Hôpital Saint-Louis; 2° Hôtel-Dieu : M. Moissenet; 3° Hôpital de la Charité : M. Chouppe; 4° Hôpital Beaujon : MM. Dujardin-Beaumetz, Fernet et Landouzy. — IV. *Prisons de la Seine :* M. le docteur Legroux.

Messieurs,

La quatrième semaine de l'épidémie cholérique confirmée (1) est, comme la troisième, remarquable par l'abaissement très-réel et très-accentué du chiffre des malades cholériques; la première semaine comptait dans les hôpitaux civils :

	81 cas,	49 décès,	3 sorties,	29 en cours de traitement.
La 2e sem.	86 cas,	48 décès,	3 sorties,	64 —
La 3e sem.	61 cas,	30 décès,	33 sorties,	56 —
La 4e sem.	55 cas,	28 décès,	20 sorties,	50 —

La journée du 2 octobre compte : 3 cas extérieurs, 3 cas intérieurs, 5 décès, 2 sorties.

Pour la ville entière, voici les résultats complets depuis le début de l'épidémie jusqu'au 30 septembre inclusivement (*voyez page ci-contre*) :

Tous les arrondissements ont été frappés à peu près simultanément : le premier jour compte 6 décès; — le second 29; — le septième jour, le plus chargé, 38; — le vingt-troisième jour, le moins chargé après le premier, ne compte que 10 décès; — le lendemain, 28 septembre, le chiffre remontait à 18 pour redescendre à 11 les 29 et 30 septembre.

La décroissance est donc absolue, progressive, et très-accentuée; toutefois, nous nous garderons bien de conclure de cette marche de l'épidémie que la délivrance est prochaine, et qu'il faut laisser de côté tout souci, toute préoccupation pour les mois qui suivent; il faudrait, pour partager complétement les espérances qui sont émises de part et d'autre à ce sujet, oublier les enseignements du passé, que M. Brouardel rappelait avec tant d'à-propos dans notre dernière séance; il faudrait oublier que nous ignorons presque tout sur les conditions qui tiennent sous leur dépendance l'augment ou le déclin des épidémies en général, et des épidémies cholériques en particulier.

En 1865, il faut encore le rappeler, où l'épidémie avait débuté officiellement, comme celle-ci, en septembre, la dernière semaine de ce mois de septembre ne comptait, pour toute la ville, que 95 décès cholériques; dès la première semaine d'octobre, le chiffre des décès s'élève à 380; il atteint 1,040 pour la seconde, 1,465 pour la troisième et 1,159 pour la quatrième.

Dans le cas même où la présente épidémie différerait de toutes les autres par le peu d'extension de sa première explosion, et se maintiendrait dans les semaines suivantes à un chiffre très-restreint, serait-ce là une raison pour se complaire dans un optimisme absolu et pour inspirer à tous une sécurité complète? Certainement non; comment oublier, en effet, que nos deux dernières épidémies, 1853-54, 1865-66, se sont prolongées en raison inverse de leur intensité, et ne pas craindre que nous ne soyons au début d'une nouvelle série qui s'appellera l'épidémie de 1873-1874?

(1) Je dis *confirmée*, parce que, bien que l'époque officielle du début de l'épidémie soit placée dans les premiers jours de septembre, il est positif qu'un certain nombre de cas de choléra asiatique ont existé à Paris pendant la durée du mois d'août, ainsi que nous l'avons déjà précédemment établi.

Tableau indiquant le nombre des décès *cholériques* par *jour* et par *arrondissement*; les *totaux* par journée et par arrondissement; les décès quotidiens des *hôpitaux*; les totaux généraux, du 1er au 30 septembre 1873 (1).

DATES	1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e	13e	14e	15e	16e	17e	18e	19e	20e	TOTAUX des décès de la ville	Décès des hôpitaux	TOTAUX généraux.
1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
5	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
6	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
7	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
8	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
9	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
10	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
11	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
12	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
13	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
14	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
15	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
16	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
17	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
18	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
19	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
20	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
21	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
22	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
23	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
24	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
25	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
26	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
27	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
28	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
29	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6
30	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	3	6

(1) Voici les désignations nominales des arrondissements : 1er Louvre; — 2e Bourse; — 3e Temple; — 4e Hôtel-de-Ville; — 5e Panthéon; — 6e Luxembourg; — 7e Palais-Bourbon; — 8e Elysée; — 9e Opéra; — 10e Saint-Laurent; — 11e Saint-Antoine; — 12e Reuilly; — 13e Gobelins; — 14e Observatoire; — 15e Vaugirard; — 16e Passy; — 17e Batignolles; — 18e Montmartre; — 19e Chaumont; — 20e Ménilmontant. — Les arrondissements auxquels appartiennent les hôpitaux dans lesquels il y a eu des cholériques sont : Le 4e, l'Hôtel-Dieu; — le 5e, la Pitié; — le 6e, la Charité; — le 8e, Beaujon; — le 10e, Saint-Louis, Lariboisière, la Maison de santé; — le 12e, Saint-Antoine; — le 13e, la Salpêtrière (Vieillesse, femmes); — le 15e, Enfants-Malades, Necker.

Voici le rang dans lequel doivent être classés les arrondissements, eu égard à la population, en commençant par le plus peuplé : 11e, 10e, 4e, 5e, 9e, 18e, 3e, 6e, 1er, 2e, 19e, 17e, 7e, 8e, 20e, 12e, 13e, 15e, 14e, 16e.

Il en sera certainement ainsi, si nous ne parvenons pas, par notre insistance et notre persévérance, à faire maintenir dans toute leur rigueur les mesures d'hygiène et de préservation publiques et privées, seules barrières que nous puissions opposer à la marche de l'épidémie. Le précepte *De minimis non curat prætor* n'est pas applicable en épidémiologie, où rien ne doit être négligé; puisque nous n'avons pas su empêcher l'importation de la maladie dans le port du Havre, il est de notre plus strict devoir de chercher à éteindre les foyers secondaires partout où ils se produisent, et dans la ville de Paris plus sévèrement encore qu'ailleurs, puisque l'histoire des précédentes épidémies démontre surabondamment que c'est de Paris que le choléra s'est étendu à tant d'autres régions.

Si les atteintes de l'épidémie y sont aujourd'hui peu nombreuses, elles n'en sont pas moins d'une extrême gravité, et il faut profiter de ce petit nombre même pour les attaquer avec chance de succès, pour les isoler avec la rigueur praticable. Il faut solliciter de l'autorité supérieure la continuation des mesures préservatrices et préventives qu'elle avait instituées avec tant de sollicitude; peut-être s'est-on déjà un peu départi de cette prudente appréhension, car il était trop aisé de constater, à l'occasion des chaleurs tardives de ces derniers jours, que l'eau ne coule pas assez abondante dans les ruisseaux et dans les égouts; que les poudres désinfectantes sont distribuées avec trop de parcimonie dans les points trop nombreux où l'inexécution des règlements de police laisse polluer les murs et infecter les ruisseaux. Il faut enfin que les maisons où se présentent des cas de choléra soient visitées par des commissions d'hygiénistes compétents; que les fosses d'aisance communes en soient désinfectées d'urgence, et que les intéressés soient avertis directement des mesures à prendre pour assainir les locaux habités par les cholériques.

Tous les arrondissements, avons-nous dit plus haut, ont été frappés, et frappés à peu près simultanément; mais, comme dans toutes les épidémies, ils ont fourni une proportion inégale de décès, — suivant la résultante de plusieurs causes qui sont : la population de l'arrondissement, son coefficient mortuaire normal et ses aptitudes épidémiques. Dans toutes les épidémies, les conditions qui influent au plus haut degré sur les chiffres mortuaires sont, au premier chef, la richesse ou la pauvreté; au second rang, la population; au troisième, certaines conditions locales. Toutefois, en temps d'épidémie, ainsi que je l'ai établi en 1870 pour la variole, cette influence capitale de la richesse ou de la pauvreté s'atténue, et les écarts ne sont plus aussi extrêmes que pour la mortalité commune qui présente, à cet égard, des différences extraordinaires : le 9e arrondissement (Opéra), par exemple, n'ayant qu'une mortalité relative à domicile de 10 p. 1,000, tandis que, dans le 18e arrondissement (Montmartre), cette mortalité s'élève au triple : 32,8 p. 1,000.

On pourra se rendre compte de ces intéressants détails d'édilité médicale en lisant le résumé suivant, dans lequel j'ai établi parallèlement les trois échelles de la population, de la mortalité cholérique en 1873, et de la mortalité variolique en 1870, pour chaque arrondissement, en commençant par les arrondissements les plus chargés :

Échelle de population :

11e, 10e, 4e, 5e, 9e, 18e, 3e, 6e, 1er, 2e, 19e, 17e, 7e, 8e, 20e, 12e, 13e, 15e, 14e, 16e

Échelle de mortalité cholérique en 1873 :

18e, 4e, 10e, 12e, 11e, 1er, 15e, 17e, 14e, 5e, 19e, 6e, 7e, 3e, 2e, 20e, 8e, 16e, 9e, 13e

Échelle de mortalité variolique en 1870 :

11e, 18e, 10e, 12e, 19e, 17e, 20, 9e, 6e, 4e, 5e, 14e, 13e, 7e, 3e, 15e, 8e, 2e, 1er, 16e

HÔPITAL MILITAIRE SAINT-MARTIN. — Depuis le dernier bulletin communiqué par M. Cabrol, le 25 septembre, il n'est entré à l'hôpital militaire Saint-Martin qu'un seul cas de cholérine, coïncidant avec une diathèse rhumatismale, chez un militaire du 109e de ligne venant du fort d'Aubervilliers.

Depuis le 30 septembre, la salle des cholériques est fermée; tous les malades restant vont partir en congé ou en convalescence.

HÔPITAL MILITAIRE DE VINCENNES. — Depuis la dernière communication de M. le docteur Fleschut, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes (18 septembre), l'établissement n'a reçu aucun cas de choléra ou de cholérine. Les diarrhées et les dysenteries, si nombreuses jusqu'au 15 de ce mois, ont disparu entièrement, et la garnison de Vincennes, considérablement réduite, il est vrai, se trouve aujourd'hui dans l'état sanitaire le plus satisfaisant.

HÔPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU. — Du 24 septembre au 2 octobre. Communication de M. le docteur Champenois, médecin en chef. (9 cas nouveaux, — 4 décès, — 2 malades en danger, — 5 convalescents.)

OBSERVATIONS ET AUTOPSIES. — « Le 25, dans la matinée, W..., des ouvriers d'administration (quai de Billy), et B..., du 102e de ligne (Courbevoie), succombaient. Les résultats des autopsies seront indiqués ultérieurement. (Voy., pour l'observ. clinique, la troisième note, *in* UNION MÉD., n° 116, p. 523, 524.)

Dans l'après-midi sont entrés, venant de Courbevoie, K..., du 102e, avec cinq jours de diarrhée, une atteinte au troisième degré mitigé, en prenant pour expression du quatrième l'extinction du pouls, la cyanose foncée, l'algidité, etc. Une violente douleur précordiale agitait le malade. Les jours suivants, le pouls s'est peu à peu relevé; mais aujourd'hui, chloroforme, ventouses, sinapisations, vésicatoire, n'ont pas encore triomphé de l'anxiété cardiaque. La guérison est à peu près certaine. Le 2 octobre, toutefois, une grande prostration persiste.

Ed..., caporal au 101e, sans indisposition antérieure, sidéré au retour des travaux de tranchées. Quatrième degré; le regard seul proteste contre la violence de l'atteinte; le lendemain, sécrétion puriforme à l'angle interne des paupières; réveil lent, mais progressif du pouls. — 2 octobre. Passé aux convalescents.

26 septembre. Gl..., 102e (Courbevoie), troisième et quatrième degré. Le pouls n'est senti avec peine que pendant qu'on attire l'attention par de pressants appels. Dyspnée intense, anéantissement; pas d'évacuations; elles ne reparaissent que le 28. Aujourd'hui la convalescence s'accentue.

28 septembre. V..., 102e (Courbevoie), entre dans la soirée; quatrième degré, et succombe le lendemain dans la matinée; sidération sans essai de réaction; ne comptait que quatre jours de diarrhée, mais non accusée. A plus loin l'autopsie.

29. 4 entrées (Courbevoie) : 2 du 102e, — 1 chasseur à pied du 30e bataillon, — 1 du 20e d'artillerie.

U..., 102e, deux jours de diarrhée, entre deuxième et troisième degré. Le pouls, très-faible, se soutient, puis se relève peu à peu sous l'influence de vomissements espacés.

M..., 102e, huit jours de diarrhée peu épuisante; entre deuxième et troisième degré. Réaction lente, mais progressive. Passera demain aux convalescents, comme le précédent.

D..., chasseur à pied, six semaines d'alternatives de diarrhée; quatrième degré. Le regard seul ne veut pas participer à la sidération générale apparente. — Le 30, même état. Petite accumulation puriforme au grand angle des deux yeux. Pas de vomissements; pas de selles; pas d'urines.

Le 1er octobre, la langue s'est réchauffée, ainsi que les pieds. Même immobilité du pouls. — Le 2, ondulation à peine perceptible. Pronostic à réserver.

Le G..., artilleur, pris brusquement d'évacuations abondantes et de violentes crampes, resté au deuxième degré pour l'atteinte à la circulation. Le traitement provoque une réaction sudorale, avec suspension des évacuations. Le lendemain, elles reparaissent; aujourd'hui, le mieux se dessine franchement.

30 septembre. D..., 102e (Courbevoie). Pas de diarrhée antérieure; troisième degré d'emblée; maximum de douleur à l'ombilic; fortes crampes; cyanose; dyspnée intense.

Le 1er octobre. *Statu quo.* Réchauffement de la langue et des pieds. Atténuation du clou abdominal. Le pouls s'est relevé, mais irrégulier, ondulant à la faveur d'une détente fâcheuse de la tonicité organique.

Le pouls restait fluctuant le soir; mais la prostration était profonde; la voix et le regard éteints. A minuit, il succombait.

AUTOPSIES. — « 1° W..., ouvrier d'administration. Face cyanique; globes oculaires injectés; langue de perroquet. Vaisseaux intra-crâniens gorgés de sang noir jusque dans leurs dernières ramifications; plaques opalines dans leurs intervalles à la partie supérieure des hémisphères; bande ecchymotique suivant leur contour externe. A la base, résistance des vaisseaux due à la coagulation du sang; très-marquée autour du bulbe; piqueté à la surface de toutes les coupes; presque pas de sérosité dans les ventricules.

Poitrine : Adhérences générales anciennes des deux poumons, boursouflés et emphyséma-

teux en avant; engoués, largement marbrés en rouge brun en arrière; muqueuse bronchique rouge brique clair, enduite de spume muco-séreuse. Adhérences générales du péricarde avec le cœur, de même date que les pleurétiques.

Cœur volumineux, flasque, anémique, graisseux à droite; contenant du sang noir, demi-coagulé, mais non-poisseux; marbrures ecchymotiques de sa face postérieure vers la base des ventricules; capillaires aortiques injectés; membrane interne rouge brique. Cardia aminci, montrant ses vaisseaux distendus à travers sa muqueuse éraillée en bandelettes, comme à la suite de la rage. Muqueuse de l'estomac parsemée de plaques d'injection et d'ecchymose.

Psorentérie diffuse dans le troisième quart du petit intestin, dense dans le quatrième, rare dans le gros intestin. Dans l'intestin grêle ni plaques, ni ulcérations, ni ecchymoses. Injection fine des capillaires normaux.

Foie flasque, brun clair, pénétré de quelques cônes jaune fauve à base périphérique.

Reins mous, criant sous le scalpel.

Rate moyenne et dure.

2° B... (102°). Même état du *cerveau* et de ses vaisseaux. Poumons mamelonnés, emphysémateux en avant et latéralement, marbrés en arrière et à la base. — Cœur flasque, ecchymosé à sa face postérieure, laissant écouler un sang noir demi-coagulé.

Psorentérie parsemée de plaques d'injection et d'ecchymose dans la moitié inférieure du petit intestin et dans le gros. — Foie petit, rouge jaunâtre, flasque. — Reins, moitié de leur volume ordinaire. — Rate du volume d'un œuf de poule. (Le malade était mince et de petite taille.)

3° V... (102°). Même état du *cerveau* : plaques opalescentes plus opaques. Ecchymoses de contour plus prononcées et reliées en une bande presque continue. — Forte rénitence des vaisseaux de la base et du bulbe.

Psorentérie, plaques d'injection et d'ecchymose dans la moitié inférieure du petit intestin et dans le gros. — Foie s'affaissant sur table, rouge brun clair à droite, jaune, faune, laminé à gauche; toute la face convexe parsemée d'étoiles noires dues à l'injection fine des capillaires. — Reins affaissés, durs, criant sous le scalpel; rate dure et revenue sur elle-même. — Poumons mamelonnés, emphysémateux en avant; engorgés à la base et en arrière d'un engouement sec dont les coupes ne laissent suinter que peu de sang noir. — Cœur flasque, semé de points ecchymotiques en arrière, contenant un sang noir, coagulé, un peu poisseux. »

HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE. Du 25 septembre au 2 octobre. — M. Kelsche signale : 1° Deux cas de cholérine sur des soldats âgés de 24 ans, appartenant au 36e de ligne et à la caserne de Babylone. Ces cas, sont légers, mais intéressants par la conformité des circonstances au milieu desquelles ils se sont développés tous les deux. Voisins de lit, ces militaires se trouvaient de service le 28 septembre, journée chaude pendant laquelle ils burent passablement d'eau froide; puis, le lendemain, dans la journée du lundi, ils furent pris tous les deux de diarrhée, de vomissements, de crampes légères, et dirigés aussitôt sur le Val-de-Grâce. Le lendemain, mardi, ils étaient à peu près rétablis, et, à l'heure qu'il est, ils sont en pleine convalescence.

2° Un cas de cholérine grave, peut-être de choléra, développé dans les salles mêmes : B... (Auguste), 65e de ligne, 24 ans, en traitement depuis le 20 septembre dans la salle des diarrhéiques, était convalescent de son dévoiement depuis le 25 septembre, lorsque dans la nuit dernière (1-2 octobre), il est pris subitement, vers 3 heures du matin, de vomissements incessants, coliques violentes, selles (4 dans la nuit), et surtout de crampes extrêmement douloureuses.

Ce matin, 2 octobre, à huit heures, M. Kelsch constatait : Efforts incessants pour vomir; les matières rejetées sont copieuses, liquides et légèrement teintées par de la bile verte. Six selles depuis trois heures du matin. Pas d'urines, crampes atroces, coliques, yeux encavés, lèvres cyanosées, voix éteinte, physionomie, en un mot, caractéristique; respiration fréquente, haute, irrégulière; extrémités froides, enduites de sueur visqueuse, pas de pouls; température axillaire 34°. En somme, situation absolument grave, et, au moment où il transcrit ces détails (deux heures de l'après-dînée), on vient apprendre à M. Kelsch qu'un cas tout semblable a été amené dans ses salles après sa visite du matin.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Aucun cas intérieur depuis le 11 septembre. Du 20 au

29, 4 cas amenés du dehors seulement, sur lesquels 3 véritablement foudroyants.

Je dois signaler particulièrement l'une des malades qui ont succombé : il s'agit, en effet, d'une femme qui était *buandière* à l'hôpital militaire Saint-Martin, et qui avait lavé du linge apporté des salles de cholériques. Il est donc permis de supposer qu'elle a pris là le choléra, mais il serait difficile de l'affirmer absolument. Il résulte, en effet, de l'enquête approfondie que M. le docteur Cabrol, médecin en chef de l'hôpital, a bien voulu instituer, sur ma demande, que cette pauvre femme a, en réalité, lavé du linge venant des salles de cholériques, mais que les autres buandières ont partagé son travail sans en être incommodées, et que la malade était dans des conditions physiques et morales de dépression qui la rendaient particulièrement apte à être influencée par l'épidémie régnante. L'opinion de l'atelier de buanderie, dit M. Cabrol, est que cette femme était surmenée, très-fatiguée par le travail, très-affectée de la conduite de son fils et très-attristée de sa position.

Le fils de cette malheureuse femme amena lui-même sa mère à l'hôpital le jeudi, paraissant plein de santé, et y était rapporté à son tour le samedi, et le lundi matin il avait, comme sa mère, succombé à un choléra foudroyant.

HÔTEL-DIEU. — *Service des cholériques* (femmes), salle Saint-Roch. M. Moissenet.

Du 4 au 30 septembre, M. Moissenet a reçu 27 femmes cholériques.

18 ont contracté la maladie dans l'hôpital, ou du moins ont été admises dans les différents services pour d'autres maladies avant d'entrer dans la salle Saint-Roch.

9 seulement sont venues du dehors et ont été dirigées immédiatement dans la salle des cholériques.

Sur ces 27 cas, tant intérieurs qu'extérieurs, 12 ont été mortels, savoir : 4 venant du dehors et 9 développés dans l'hôpital ; comme complication de cancer utérin, de phthisie pulmonaire, de fièvre catarrhale ou d'état puerpéral.

10 sont sorties de la salle Saint-Roch pour entrer dans la salle des convalescents, située au-dessus.

« Chez presque toutes ces malades, dit M. Moissenet, il y a eu un état gastrique ou une diarrhée prémonitoire. J'aurai, j'espère, l'occasion de mettre plus de précision dans ce détail comme dans ceux qui suivent. Mais, en attendant, je puis dire que chez la plupart de ces cholériques, on peut considérer comme cause prédisposante de la maladie : les affections graves aiguës ou chroniques préexistantes, les excès, les conditions morales les plus mauvaises unies à la misère, ou au moins à un régime alimentaire insuffisant ou de mauvaise qualité.

La grossesse, chez les femmes non mariées, l'allaitement, les suites de couches du quinzième au vingtième jour nous ont semblé des conditions très-défavorables. Sur cinq cas de choléra dans l'état puerpéral, un seul s'est terminé par la guérison. Nous pourrions joindre à cette statistique deux autres cas de grossesse : l'un de quatre mois, qui s'est terminé par la mort dans le service de mon collègue, M. Ferrand, et un autre encore dans mon service qui ne semble pas devoir se terminer par la guérison. A ce sujet, je me suis posé la question grave de l'accouchement provoqué par les injections vaginales, suivant la méthode de Kswisch. Mais la rapidité des accidents cholériques et le défaut d'instruments convenables m'ont empêché d'agir et m'ont déterminé à attendre des occasions nouvelles plus favorables. La mort de l'enfant bien constatée, il ne pouvait, ce me semble, y avoir aucun inconvénient à en débarrasser la mère. Cette perturbation n'aurait-elle pas, au contraire, quelque avantage? Voilà, je pense, une question digne d'occuper l'honorable Société.

« Je ne veux pas aborder ici, continue M. Moissenet, la question thérapeutique. Cependant, je ne puis me dispenser de dire que dans cette épidémie comme dans les précédentes, 1849-1865-1866, convaincu que le poison cholérique est introduit dans l'organisme, surtout dans les voies digestives, je ne manque jamais d'administrer l'ipéca à la dose de 2 grammes au début de mon traitement, et que si les indications sont favorables, je n'hésite pas à revenir à l'emploi de ce vomitif dans le cours de la maladie. Pendant la période algide, lorsque l'estomac est encore en

action, la secousse du vomitif m'a semblé modifier les vomissements spontanés et favoriser le retour du pouls. Lorsque la réaction commence incomplète, irrégulière, avec persistance des vomiturations plus ou moins teintées de bile, l'ipéca trouve encore son application utile.

Le chiffre de mes convalescents, 10 sur 27, paraitra relativement considérable. Sans doute il porte principalement sur les cas ou l'algidité n'a été que passagère, où le pouls n'avait pas tout à fait disparu, où la cianose a été légère. Quoi qu'il en soit, ces malades étaient bien cholériques, et chez presque toutes il y avait de l'albumine dans les urines en quantité notable. Il y a donc encore à présent, comme au début de l'épidémie, ainsi que j'ai eu déjà l'honneur de le dire dans notre première réunion, à côté des cas mortels un assez grand nombre de cas de gravité moyenne qui rappellent les cas observés pendant la période de décroissance des épidémies précédentes. J'avais pensé, dès lors, que cette association, cette marche simultanée était d'un pronostic favorable pour l'avenir de l'épidémie actuelle. Puissé-je ne pas m'être trompé! »

(*La suite à un prochain numéro.*)

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

DES MOYENS PRATIQUES D'AMÉLIORER LA SITUATION DU MÉDECIN ET DE LA METTRE EN HARMONIE AVEC L'IMPORTANCE DU RÔLE QU'IL EST APPELÉ A REMPLIR DANS LA SOCIÉTÉ, par le docteur A. CARON. Brochure in-8°. Lyon, 1873. Imprimerie Vingtrinier.

Cet opuscule traduit un sentiment très-juste et très-élevé des droits et des devoirs du médecin. Des considérations qui y sont exposées, l'auteur se trouve autorisé à conclure que si la médecine est la plus glorieuse, la plus noble profession que l'on puisse ambitionner d'exercer, à l'instar de toutes les autres elle peut, elle doit assurer à ceux qui la pratiquent le juste tribut de leur labeur; que les immenses sacrifices que sont obligés de s'imposer ceux qui aspirent à cet honneur doivent naturellement être considérés comme un capital équivalent à l'outillage, à l'achalandage d'un fonds de commerce; qu'à ce titre encore elle doit jouir des avantages et bénéfices accordés à tant d'autres positions sociales, assurer à chaque praticien le morceau de pain de la vieillesse.

Le moyen d'arriver à ce résultat paraît à l'auteur naturellement tracé par la conduite de nos voisins d'outre-Manche, de Suisse et d'Amérique. Est-il, en effet, rien de plus simple et de plus facile que de prendre, d'un commun accord, les résolutions suivantes :

Qu'indistinctement tous les médecins réclament, à chaque visite ou consultation et opération les honoraires qui leur sont alloués, en tenant compte de la nature du service et de la position respective du client; ajoutant qu'il ne saurait, d'ailleurs, être posé de limites à la prétention de chaque médecin, sauf aux médecins de savoir dignement et religieusement proportionner la quotité de ces rémunérations.

Cette manière de faire ne saurait, en quoi que ce soit, porter atteinte à personne... Les avantages qui doivent en résulter sont de toute évidence :

1° Ils permettront aux jeunes médecins de rentrer plus immédiatement dans leurs avances et de faire face aux premières exigences de la vie domestique ;

2° C'est, à coup sûr, un moyen de faire disparaître ces procédés honteux de l'association médico-pharmaceutique, des réclames mensongères, des consultations à spécialités dans les officines interlopes, là où seulement nos jeunes médecins peuvent combler les vides d'une recette quotidienne insuffisante.

Ce procédé de recouvrement incontinent, de toutes ou au moins de la majeure partie de nos créances, nous soustrairait aux contestations vexatoires de ces mauvais clients qui ne prennent prétexte de leur attermoiement que pour ne pas payer du tout.

Le payement incontinent et journalier, dans la mesure du possible, mettrait chaque médecin dans de bien meilleures conditions. Les avantages qu'en retireraient les débutants leur permettrait d'attendre plus patiemment cette popularité, cette notoriété qui les autorise aussi à élever progressivement le chiffre de leurs honoraires.

Les aisés de la profession, soumis à de moins pénibles obligations, céderaient plus amiablement la clientèle flottante de passage aux arrivants. Et, dans ces nouvelles conditions, les consultations viendraient compenser les sacrifices que les praticiens fatigués, trop âgés, feraient en faveur des jeunes. Par ces procédés, tout le monde gagnerait considérablement : le prestige de la médecine, au lieu de s'affaiblir, s'y relèverait, et les conditions de la vie matérielle y trouveraient une véritable amélioration universelle.

Comment réaliser ces heureux résultats? M. Caron se borne à cette vague formule : « par l'entente confraternelle. » Eh bien, cette entente, où la trouver, comment la provoquer et la faire naître? Rien de plus simple, aujourd'hui que l'Association générale a constitué le Corps médical. Que, dans chaque Société locale, un membre ou le bureau prenne l'initiative de cette mesure, et voilà une révolution professionnelle qui s'accomplit sans bruit, sans éclat, et au profit de tous, excepté des exploitants de la profession.

DOCTRINE RATIONNELLE DU CHOLÉRA ASIATIQUE; PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE CE TERRIBLE FLÉAU, par le docteur MAIRE. — Br. in-8°. Paris, 1873; Adrien Delahaye, libraire.

Il y a beaucoup, beaucoup de choses dans cette brochure. L'auteur semble avoir voulu résoudre le problème du *multa paucis*. M. Fauvel, qui reprochait dernièrement à la doctrine de M. J. Guérin de n'avoir pas rencontré un seul adhérent depuis quarante ans, n'avait pas lu la brochure de M. Maire, qui l'a dédiée précisément à M. J. Guérin en ces termes magnifiques : « Témoignage d'admiration à l'illustre membre de l'Académie, M. Jules Guérin qui, depuis plus de quarante années, lutte pour être utile à l'humanité avec un talent des plus remarquables et une énergie toujours plus ardente. »

A cette seule dédicace on pressent la doctrine de l'auteur; le choléra est un empoisonnement : diarrhée prémonitoire, choléra nostras, choléra épidémique, ne sont que des degrés divers de l'empoisonnement; toute diarrhée est un symptôme d'un empoisonnement, — ceci est de M. Piorry; — c'est un effort, *conamen naturæ*, pour l'expulsion du poison; imitons la nature et purgeons fort. Voilà pour le premier degré du choléra.

Plus tard, l'auteur formule ainsi ses moyens de traitement : « Appelé auprès d'un malade, je ferai faire des frictions fortes sur tout le corps, et le plus fréquemment possible. Dans l'intervalle de ces frictions, je ferai envelopper mon malade dans de la ouate ou dans de la flanelle; j'appliquerai des sinapismes aux extrémités et sur le cœur, puis j'introduirai dans l'estomac une grande quantité d'eau chaude, mais préférablement une infusion de café ou de thé. Dans les cas très-graves, j'ajouterai à ces infusions 30 ou 40 gouttes d'ammoniaque pour diluer le sang, le décoaguler, produire une action chimique et, par conséquent, donner de la chaleur. »

M. Maire s'arrangera comme il pourra avec l'auteur d'une communication récente faite à l'Académie des sciences sur l'emploi de l'acide phénique dans le choléra; il rejette absolument cet emploi, et voici pourquoi : « L'acide phénique, dit-il, est une substance reconstituante du plus haut degré; bien loin de hâter la destruction des substances animales, elle en arrête la décomposition. »

Il y a encore beaucoup d'autres propositions dans cette brochure, qui, jetées ainsi sans préparation et sans démonstration, étonnent le lecteur. M. le docteur Maire paraît être un de ces curieux de la science et un de ces impatients de l'art qui veulent devancer le temps et supprimer l'espace. Il est bon qu'il y ait de ces esprits; il en est assez d'autres pour tempérer et arrêter.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er octobre 1873. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

SOMMAIRE. — Galerie de portraits. — Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès de la Société protectrice de l'enfance. — Les logements insalubres et les écoles de la ville de Paris. — Traitement des tumeurs érectiles par l'inoculation vaccinale.

Après un mois et demi de vacances, la Société de chirurgie vient de faire sa rentrée et de reprendre ses travaux. Une charmante surprise lui était ménagée. Pendant son absence, un généreux et délicat donateur avait pénétré dans la salle des séances, suivi de plusieurs porteurs, *dona ferentes*. Or, ces dons n'étaient rien moins que des caisses contenant un grand nombre de tableaux représentant les portraits de chirurgiens célèbres, français et étrangers, anciens ou contemporains. La plupart des illustrations de l'ancienne Académie royale de chirurgie figurent dans cette collection. Il faut avouer que les têtes des chirurgiens des XVIIe et XVIIIe siècles, toutes remarquables, quelques-unes véritablement belles, ont un air de dignité qui impose, malgré ou peut-être à cause des perruques monumentales dont elles sont affublées, à la mode du temps, et qui contrastent d'une manière si frappante avec le costume étriqué et la calvitie générale de nos contemporains.

C'est, en quelque sorte, une galerie de portraits de famille qui orne maintenant les murs de

la salle des séances de la Société de chirurgie, et frappe agréablement les yeux au moment où l'on y entre.

Le donateur, non moins discret que généreux, eût voulu sans doute garder l'anonyme, mais cela lui eût été bien difficile, et quand même il n'eût pas été dévoilé par M. Chassaignac, tout le monde eût deviné la main de M. le baron Hippolyte Larrey, déjà coupable de plusieurs actes du même genre. M. Larrey n'a donc pu se dérober aux remercîments de ses collègues, auxquels se joindront bien certainement, *in petto*, ceux du public qui assiste aux séances de la Société de chirurgie.

— M. Verneuil qui, avec son collègue, M. Le Dentu, représentait la Société de chirurgie au dernier Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, est venu dire en quelques mots bien sentis l'impression qu'il a rapportée de ce Congrès.

Dans l'énumération qu'il a faite des travaux présentés par les membres du Congrès appartenant à la branche médico-chirurgicale de l'Association française pour l'avancement des sciences, M. Verneuil a signalé plus particulièrement, en y insistant, les résultats des expériences de M. Chauveau, de Lyon, relatifs à la transmission de la tuberculose par les voies digestives. Ces résultats paraissent avoir beaucoup frappé M. Verneuil, qui a été véritablement effrayé de voir avec quelle facilité déplorable et véritablement désespérante la tuberculose est transmise aux animaux par l'ingestion de viandes provenant d'animaux tuberculeux. M. Chauveau a montré que ce n'est pas seulement sous forme de tuberculisation pulmonaire que se traduit l'influence désastreuse de ce régime, mais encore sous forme de scrofule ganglionnaire généralisée.

Il importe donc que l'attention des hygiénistes et de l'administration soit appelée sur ces faits, afin d'aviser aux mesures propres à empêcher la propagation de la tuberculose à l'espèce humaine par l'usage de viandes provenant d'animaux atteints de cette maladie.

A part ce point noir, M. Verneuil n'a rapporté du Congrès de Lyon que des impressions agréables; il a été touché de l'accueil que, dans leurs excursions scientifiques, les membres du Congrès ont reçu, même dans les plus petits villages; partout les paysans les ont entourés de témoignages de respect et d'admiration; il semblait que ces pauvres gens eussent comme un sentiment instinctif et une vague intuition des bienfaits que leur apporte la science. M. Verneuil a demandé en terminant que la Société de chirurgie participât désormais par une collaboration plus active et plus complète à la mission que s'est donnée l'Association française pour l'avancement des sciences, et qu'elle y contribuât, non-seulement par l'apport de travaux scientifiques, mais encore par une subvention pécuniaire en rapport avec l'état de ses finances. On ne saurait trop applaudir à des sentiments si généreux et si bien exprimés.

Au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences va succéder bientôt le Congrès de la Société protectrice de l'enfance, dont la session aura lieu à Marseille. Une lettre du secrétaire de la Société locale de cette ville, adressée à la Société de chirurgie de Paris, invite celle-ci à se faire représenter à ce Congrès.

A ce propos, et aussi à l'occasion de ce que M. Verneuil a dit au sujet de la transmission de la tuberculose par l'injection de la chair d'animaux tuberculeux, M. Marjolin a fait remarquer que cette maladie ne se transmet pas seulement par l'usage de viandes suspectes. Il y a lieu, suivant lui, de tenir grand compte de l'influence fâcheuse exercée par les logements insalubres. Or, ces logements sont en trop grand nombre encore à Paris. On y voit, même dans les quartiers les plus riches, des bouges infects, où, dans la même chambre, et très-souvent dans le même lit, couchent pêle-mêle les enfants avec leurs parents plus ou moins tuberculeux.

Il y a également à Paris (et M. Marjolin a cité les noms des rues et les numéros) des écoles d'enfants situées dans des locaux réunissant toutes les conditions possibles d'insalubrité, et qui seraient à peine convenables pour y loger des animaux. Là sont rassemblés, entassés dans des salles étroites, sans air et sans lumière, des enfants parmi lesquels plusieurs sont affectés d'ophthalmies purulentes et autres maladies scrofuleuses dont on admet aujourd'hui la contagiosité. Si la scrofule est contagieuse, comment se fait-il qu'on ne prenne aucune mesure pour en préserver les enfants? Comment se fait-il que des enfants atteints d'ophthalmie purulente soient obligés d'attendre pendant cinq mois, six mois, quelquefois pendant une année, leur admission dans un hôpital? Or, ne sait-on pas que l'ophthalmie purulente est une maladie essentiellement contagieuse; qu'il suffit d'un enfant atteint de cette maladie dans une école pour la communiquer à tous les autres, et que ceux-ci, à leur tour, la communiquent à leurs parents?

Il est déplorable que, dans une ville comme Paris, on puisse voir encore persister des conditions aussi préjudiciables à la santé des enfants. Il y a plusieurs années déjà que M. Marjolin

a eu l'occasion d'appeler l'attention de l'autorité compétente sur l'insalubrité des logements et surtout des écoles. Il a rencontré parfois l'approbation sympathique de quelques hauts personnages; mais leurs bonnes dispositions n'ont pas pu prévaloir contre l'apathie ou le mauvais vouloir systématique de certaines administrations routinières. Les choses sont restées en l'état. Au moment où va s'ouvrir à Marseille le Congrès de la Société protectrice de l'enfance, M. Marjolin croit devoir de nouveau élever la voix pour signaler l'état déplorable des écoles de la ville de Paris et appeler sur ce point des réformes sérieuses. C'est là une question de vie ou de mort pour une multitude d'enfants; il est urgent d'aviser, pour l'honneur et le salut de la patrie!

— Après cet appel chaleureux et patriotique de M. Marjolin, auquel nous nous empressons de nous associer pour notre part, en lui donnant l'appui de la publicité de l'UNION MÉDICALE, la Société de chirurgie a discuté la question du traitement des tumeurs érectiles par l'inoculation du vaccin.

Cette question, soulevée par M. Blot, est un *reliquat*, si l'on peut ainsi dire, d'une discussion qui avait eu lieu, avant les vacances, sur le traitement des tumeurs érectiles par le galvano-caustique.

Prenant la parole dans cette discussion, M. Marjolin avait dit que, avant tout autre traitement, il convenait d'appliquer à ces tumeurs l'inoculation vaccinale, qui a la propriété de guérir beaucoup de tumeurs érectiles sans produire d'accidents.

C'est contre cette opinion de M. Marjolin, qu'il a trouvée trop absolue, que M. Blot a demandé à faire des réserves. Il a dit qu'il fallait distinguer, dans les tumeurs érectiles, deux variétés : les *taches* érectiles, qui, en effet, peuvent être modifiées favorablement par les piqûres vaccinales, et les *tumeurs* érectiles proprement dites, contre lesquelles ce traitement serait le plus ordinairement impuissant, et aurait même l'inconvénient de provoquer des émorrhagies graves, par suite des piqûres faites à la surface de la tumeur. En tout état de cause, la vaccination ne saurait être, d'après M. Blot, le traitement des véritables tumeurs érectiles, qui trouvent dans d'autres moyens, la cautérisation ponctuée, par exemple, ou les caustiques chimiques, une thérapeutique beaucoup plus rationnelle et plus efficace.

De tous les membres de la Société de chirurgie qui ont pris la parole dans cette discussion, M. Chassaignac seul a été de l'avis de M. Blot; dans la plupart des cas observés par ce chirurgien, la vaccination a été le plus souvent absolument inefficace, quelquefois nuisible, par l'inflammation érysipélateuse ou phlegmoneuse dont elle a été la cause. Tous les autres membres ont apporté des faits à l'appui de l'efficacité de la vaccination contre de véritables tumeurs érectiles. M. Tillaux a guéri plusieurs de ces tumeurs en traversant leur base au moyen d'une ou plusieurs aiguilles armées de fils imprégnés de vaccin, combinant ainsi la vaccination avec le séton et même avec la ligature de la tumeur au moyen de ces fils. M. Sée (Marc) a obtenu des guérisons par une autre méthode, qui consiste à faire les piqûres, non pas à la surface de la tumeur, mais à la base, sur la peau saine; l'éruption vaccinale, quand elle réussit, donne lieu à une auréole inflammatoire d'où résulte l'oblitération des vaisseaux capillaires qui alimentent la tumeur et, partant, l'atrophie de celle-ci. M. Marjolin a obtenu par le même procédé les meilleurs résultats et, suivant lui, il n'y aurait pas lieu de trop s'inquiéter lorsque l'inflammation vaccinale dégénère en érysipèle ou en phlegmon; car, généralement, l'inflammation érysipélateuse ou phlegmoneuse s'apaise et contribue à la résolution complète de la tumeur érectile. Pour M. Marjolin, comme pour M. Desprès, qui a également cité des faits de guérison de tumeurs érectiles par la vaccination, celle-ci est la meilleure méthode de traitement de ces sortes de tumeurs. Il est bien entendu que ce n'est point par une action spécifique que le vaccin agit, comme on a pu le croire, mais par l'effet du travail inflammatoire que suscite autour de lui chaque bouton vaccinal, inflammation qui amène l'oblitération des capillaires au moyen desquels s'alimente la tumeur.

Enfin, pour terminer cette analyse succincte d'une assez longue discussion, disons que MM. Guéniot et Tarnier ont observé des cas saisissants, soit de simples taches, soit de tumeurs érectiles qui ont disparu spontanément, au bout de quelques mois, sans laisser de traces. D'où le précepte d'attendre et de ne pas trop se hâter d'intervenir chirurgicalement.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

JOURNAL DES JOURNAUX

Sécrétion de la bile. — De nouvelles expériences, faites suivant une nouvelle méthode pour recueillir la bile, ont été instituées par M. le professeur STRICKER, conjointement avec le docteur Röhrig. Une canule était introduite dans le canal cholédoque; un tube en caoutchouc y

était adapté et se terminait dans une cornue tenue constamment au même niveau. Il en est résulté que tout ce qui détermine l'hyperémie des vaisseaux hépatiques augmente la sécrétion biliaire, tandis que l'anémie en amène au contraire la diminution. Elle est ainsi suspendue, arrêtée par la diète, le jeûne des animaux, de même que par la ligature des veines porte et hépatique, celle de la veine hépatique seule comme de l'aorte au niveau du diaphragme la diminue seulement. Celle de la veine cave ascendante l'arrête immédiatement. Toutes les conditions favorisant la contraction, le resserrement des vaisseaux, comme l'irritation d'un nerf exposé, la division de la moelle au-dessous de la moelle allongée et l'injection de la strychnine en diminuent aussi la sécrétion.

Au contraire, elle augmente après le repas, par l'introduction de l'eau dans l'estomac et les intestins, des cathartiques comme l'huile de croton, la coloquinte, le jalap, le calomel et le sel d'Epsom, de même que par la ligature de l'aorte au-dessous de l'origine de l'artère cœliaque. (*Gesallsch. der aerzte*, 28 mars.) — P. G.

Des polypes utérins comme cause d'ascite. — Sur 20 cas observés par le docteur U. MARTEMUCCI, 15 s'inséraient sur le col ou dans le canal cervical, et 5 sur le fond de l'utérus. Or, dans 3 de ces derniers cas, dont l'observation est relatée, il y avait ascite coïncidente avec œdème des membres inférieurs, et l'une et l'autre disparurent rapidement après l'excision du polype et un régime tonique et reconstituant.

Ces infiltrations, cet épanchement, souvent observés, sont généralement attribués à l'anémie, la déglobulisation du sang résultant des pertes réitérées et prolongées des malades. Elles duraient depuis un à deux ans dans les cas en question, et un traitement contraire, comme des drastiques, en avait encore augmenté l'effet. Mais l'auteur croit à une action plus immédiate du polype sur l'ascite. Des douleurs plus ou moins vives dans la région utérine, coïncidant avec la descente du polype dans le col utérin, lui paraissent être l'indice d'une inflammation de l'utérus à l'insertion même du polype, laquelle inflammation, en se propageant à la partie correspondante du péritoine, donnerait lieu à l'ascite. (*Nuova Liguria med.*, n° 17.)

On voit que ce n'est là qu'une vue de l'esprit qui reste à vérifier cliniquement et anatomiquement. Avis aux investigateurs. — P. G.

FORMULAIRE

POUDRE ANTIDYSPEPTIQUE.

Sous-nitrate de bismuth	1 gr. 50 centigr.
Quiquina jaune pulv.	1 gr. 50 —
Colombo pulv.	1 gramme.
Opium brut pulv.	40 centigrammes.

Mêlez et divisez en 10 paquets.

Un paquet une heure après chacun des deux principaux repas, quand il y a atonie de l'estomac et douleurs pendant la digestion. Eau de Vichy aux repas, coupée avec le vin. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 7 OCTOBRE 1775.

La Faculté de médecine de Paris ayant été forcée de quitter ses antiques Écoles de la rue de la Bûcherie, pour aller se réfugier dans la rue Saint-Jean-de-Beauvais, l'archevêque de Paris, Christophe de Beaumont, lui permet, par un mandement spécial, de faire célébrer la messe dans la chapelle nouvelle qu'elle venait de dresser à la hâte « sur une pierre consacrée et portative. » — A. Ch.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons de tristes nouvelles, et l'Association générale est cruellement éprouvée.

M. le docteur Vastel, président de la Société locale du Calvados, directeur de l'École de médecine de Caen, et M. Faucon, secrétaire de cette Société, viennent de mourir.

M. Vastel, malgré son état de souffrance et son grand âge, n'avait pas voulu interrompre son service à l'hôpital, depuis surtout que le choléra sévissait dans la ville. C'est à l'hôpital même qu'il a contracté le choléra, auquel il a succombé.

Nous apprenons également la mort de M. le docteur Alipe, l'honorable président de la Société locale de l'arrondissement de Wassy.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS. — *Amphithéâtre d'anatomie* (année 1873-1874). — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 20 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie chirurgicale.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les mardis et vendredis ;

2° *Anatomie descriptive.* — M. le docteur Terrillon, prosecteur, les lundis et jeudis ;

3° *Physiologie.* — M. le docteur Marchand, prosecteur, les mercredis et samedis ;

4° *Histologie.* — M. Grancher, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

EXCRÉTION D'IODE ET DE BROME PAR LA GLANDE MAMMAIRE, par le docteur Loughlin — Si les résultats obtenus par l'auteur sont confirmés, ils offrent une grande importance pratique. En effet, suivant M. Loughlin, après un usage prolongé de bromure et d'iodure de potassium, soit par exemple 1,8 d'iodure de potassium par jour pendant deux semaines, on peut retrouver chez les nourrices l'iode ou le brome dans le lait. Pour rechercher ces agents dans le lait, on fait bouillir celui-ci, et après avoir fixé l'extrait aqueux, on le fait distiller avec le permanganate de potasse et l'acide sulfurique, on traite le produit de la distillation par le sulfure de carbone ou le chloroforme. On peut procéder différemment. Faisant bouillir jusqu'à réduction en pâte le lait, on le traite par l'eau chlorurée, et le produit de la filtration est mis pendant vingt-quatre heures dans le sulfure de carbone ou le chloroforme. Dans ces deux manières d'opérer on voit la coloration caractéristique de l'iode et du brome. — (*Philadelphie Medical Times*, 1873, n° 501, et *Gazette hebdomadaire.*)

— L'art du dentiste remonte à la plus haute antiquité. L'aurification des dents partiellement gâtées est un procédé aussi vieux que les pyramides. Les momies égyptiennes sont là pour en fournir la preuve. Il en est de même des dents artificielles. De nos jours, les Américains ont poussé très-loin l'art de la prothèse dentaire. Qui croirait que la fabrication des dents artificielles, aux États-Unis, est pour le fisc une source de revenu annuel de 250,000 dollars ? Voilà pourtant ce qu'affirme un journal scientifique du pays. C'est en Amérique, paraît-il, qu'ont été inventées les dents minérales. La feuille en question en fait connaître les éléments constitutifs et les détails de fabrication. La dent minérale la plus usitée est un composé de feldspath, de silex et de kaolin avec un fondant; le tout revêtu d'un émail. La teinte particulière se donne au moyen d'oxydes métalliques; l'oxyde d'argent donne la nuance paille ou citron clair, l'oxyde de fer donne une teinte brunâtre, le cobalt fournit les tons bleus, l'uranium les tons jaunes, etc. Les couleurs sont parfois posées au pinceau à la surface de la dent, mais le plus souvent elles sont incorporées à la masse avant le moulage. Les détails de la cuisson, du repassage au four, etc., font en réalité quelque chose de fort compliqué de cette branche assez bizarre d'industrie. (*Revue britannique.*)

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 3 octobre on a constaté décès, 864 savoir :

Variole, 0 décès ; — Rougeole, 16 ; — scarlatine, 0 ; — fièvre typhoïde, 41 ; — érysipèle, 3 ; — bronchite aiguë, 16 ; — pneumonie, 34 ; — dysenterie, 6 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 26 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 50 ; — angine couenneuse, 10 ; — croup, 14 ; — affections puerpérales, 10 ; — affections aiguës, 234 ; — affections chroniques, 338 (dont 156 dues à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 47 ; — causes accidentelles, 19.

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 21 au 27 septembre : 1,177 ; variole, 2 ; rougeole, 22 ; scarlatine, 11 ; fièvre typhoïde 28 ; érysipèle, 11 ; bronchite, 100 ; pneumonie, 61 ; dysenterie 1 ; diarrhée, 85 ; choléra nostras, 3 ; diphthérie, 4 ; croup, 11 ; coqueluche, 89.

ROME. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 15 au 21 septembre : 141.

BRUXELLES. — Population : 185,000 habitants. — Décès du 14 au 20 septembre : 86.

NICE. — Population : 49,230 habitants. — Décès du 1er au 15 septembre 1873 : 54, dont 3 croup, 3 pneumonie, 2 dysenterie, 2 affections puerpérales.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le choléra a été interrompue par suite d'une indisposition du premier orateur inscrit, M. Piorry. Du reste, on ne comprend guère le pourquoi de cette question que discute l'Académie en ce moment. Elle discute les opinions de M. Jules Guérin sur le choléra. Pourquoi les opinions de cet honorable académicien plutôt que celles de tout autre membre de l'Académie? On ne saurait le dire, si ce n'est que M. J. Guérin, toujours alerte, toujours armé en guerre et toujours prêt à combattre, a saisi l'occasion des communications adressées à l'Académie sur le choléra du Havre, pour rentrer dans la lice et faire une exposition nouvelle de ses idées. M. J. Guérin était dans son droit, mais c'était aussi le droit de l'Académie de ne pas oublier qu'elle avait institué une commission du choléra de 1854 et de 1865; que cette commission avait fait son rapport; que ce très-beau rapport de M. Barth contient une doctrine et des conclusions; que ni doctrine ni conclusions n'ont été discutées, et que c'était bien l'occasion, à propos de l'épidémie actuelle, d'ouvrir la discussion sur ce remarquable travail académique.

Ce rapport, en effet, traite de toutes les questions afférentes à la grande question du choléra : son origine, sa genèse, son mode de propagation, ses symptômes, son anatomie pathologique, sa prophylaxie, son traitement, etc. Les orateurs auront à choisir le point à leur convenance.

Il semble, — nous tromperions-nous sur cette simple question de goût et de convenance? — que l'Académie devrait donner ce témoignage de gratitude à sa commission et à son rapporteur du choléra de 1854 et de 1865, de discuter ce rapport fait en 1869 et qui a exigé beaucoup de temps et de travail.

En attendant, M. Delpech, avec un zèle qui ne se ralentit pas, tient exactement l'Académie au courant du mouvement de l'épidémie cholérique à Paris. Comme on le verra au compte rendu, la décroissance a continué et s'est accentuée davantage, malgré la température élevée de la semaine dernière.

La discussion sur le choléra ne pouvant être continuée, M. Colin en a profité pour commencer la lecture d'un volumineux mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur l'action des matières putrides et sur les septicémies.*

Dans ce travail, M. Colin se propose de traiter huit questions principales sur la septicémie et qu'il a tenté de résoudre par des expériences.

FEUILLETON

A TRAVERS L'ALLEMAGNE

ÉTUDES DE TOPOGRAPHIE, DE RACE, DE MŒURS ET DE CLIMAT.

V

Le plus beau des Lacs de l'Autriche.

Le lac de Gmunden (c'est de celui-là dont je veux parler) mérite, en effet, d'occuper le premier rang dans le groupe des lacs qui appartiennent au vaste territoire de l'Autriche. Tout s'y trouve réuni. Le lac, d'une belle étendue, est sillonné par des bateaux à vapeur et des embarcations de toute sorte. Il a une rive pittoresque où les montagnes abruptes permettent à peine au chasseur de chamois d'y poser le pied. Sur la rive opposée, les ondulations du terrain ont permis à des centres importants de population de s'y établir et à des résidences de luxe de s'y multiplier. Le lac de Gmunden est la principale station d'été des heureux et des grands de la ville de Vienne. Il n'y a pas d'archiduc qui n'y compte un château. J'y ai vu le vieux grand-duc de Toscane; j'y ai trouvé la famille royale de Hanovre, l'une des premières victimes du germanisme contemporain. Le promeneur aperçoit sur chaque faîte la bannière du maître du logis, qui tout à la fois en dénonce la qualité et en signale la présence. Gmunden est donc comme Ischl une station de luxe, une station de mouvement et de bruit, qui ne se concilierait pas avec le calme que les urbicoles semblent aller demander à la campagne. Cet

Dans la partie de son mémoire qu'il a soumise hier à l'Académie, M. Colin a voulu prouver expérimentalement que, contrairement à ce qu'a énoncé M. Davaine, le lapin est loin d'être un réactif certain de la septicémie, et qu'il ne faut pas conclure de ce qui se passe chez lui à ce qui se passe chez les autres animaux. Si, en effet, M. Colin a reconnu que le lapin était prodigieusement sensible aux piqûres, aux injections faites avec du sang putréfié et aux doses les plus phénoménalement diluées, il a également reconnu que c'est là un triste privilége donné au lapin, et que les autres animaux, rongeurs, carnassiers, ruminants, herbivores, se conduisaient bien différemment que le lapin, eu égard à la septicémie, sous l'influence des injections ou des piqûres de sang septicémique.

M. Colin a fait précéder le récit de ces expériences par une sorte de programme des conditions propres à donner à la méthode expérimentale toute sa sûreté et à éloigner de ses résultats l'illusion, les erreurs et les jugements anticipés. M. Colin a lu Bacon et a su mettre à profit les préceptes du chancelier de Verulam.

CONSTITUTION MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES

1866 — 1873

Quatrième note, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 3 octobre 1873,

Par M. Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Suite).

Hôpital de la Charité. — Service de M. Bourdon. Note communiquée par M. le docteur Chouppe, interne du service :

Le premier cas éclata salle Sainte-Marie, lit n° 1 (service d'accouchements), le 6 septembre, à neuf heures du soir, chez une femme de 22 ans, ayant fait une fausse couche de cinq mois, cinq jours auparavant. Le troisième jour après l'avortement, l'on avait administré un purgatif; Depuis cette époque, la diarrhée avait persisté. La mort eut lieu le 9 septembre, à une heure du matin.

— Le samedi suivant, 13 septembre, la malade du lit n° 18, situé en face dans la salle, sortait de l'hôpital, présentant, ainsi que nous l'avons su depuis, une diarrhée qu'elle dissimulait par crainte de la diète; elle rentrait le 15, dans le service de M. Empis, et y mourait le 16.

— Le 15 septembre était prise, salle Saint-Basile, service de médecine, une jeune femme

---

inconvénient n'est pas tel qu'il ait altéré le caractère de cette région si aimée du Salzbourg. Le véritable amant de la nature n'a rien perdu à ce luxe qui s'étale sur les bords de cette mer intérieure. Dans ces plis de terrain, à l'ombre de ces admirables montagnes, il se trouve des retraites et même des villages qui semblent séparés par tout un monde de tout ce qui pourrait troubler le double charme de la solitude et de la paix, et où encore aucune élégance n'est venue gâter les admirables rudesses du paysage.

Quoique le plus beau des lacs de l'Autriche... à mon avis, le lac de Gmunden n'en est pas le plus grand. La grandeur ne constitue pas un élément essentiel de la beauté. Ce qui justifie peut-être la préférence que le goût autrichien lui accorde, c'est qu'il joint le grave au doux et le plaisant au sévère, qualité classique qui a son rang dans les règles de l'art. Il est placé à la moindre hauteur dans le groupe des lacs du Salzbourg, hauteur exprimée par 1,288 mètres au-dessus du niveau de la mer, tandis que les principaux donnent jusqu'à plus de 3,000 mètres. Sa longueur, qui se mesure dans le sens d'une ligne tirée du nord-ouest au sud-est est de 14,044 mètres, par conséquent de moins de quatre lieues, ce qui n'exprime pas une petite surface. Sa largeur est faible comparativement, excepté sur quelques points, puisqu'elle mesure moins d'une lieue sur un des principaux diamètres. Le lac de Gmunden est une vallée d'eau qui se développe et se resserre suivant les capricieux dessins de la rive, ce qui fait de chaque région un site à part qui a son caractère et son originalité. Entre les choses qui distinguent hydrologiquement cette surface liquide, il faut citer la pénétration de la Traûn, rivière qui passe à Ischl, entre dans le lac par son extrémité méridionale et en sort par le bout opposé. Quand la Traûn, impatiente d'aller grossir de son concours les eaux du Danube, sort en bouillonnant des entrailles de sa prison, ce n'est pas toujours sans servir de théâtre à quelque événement dramatique. Malheur à l'embarcation assez imprudente pour ne pas se

de 22 ans, phthisique, qui, interrogée avec soin la veille, ne présentait aucun signe de diarrhée. Mort le 16.

— Dans la nuit du 18 au 19 septembre, étaient atteintes presque simultanément les malades des nos 20 et 21, salle Saint-Basile. Ces malades, qui ont présenté tous les symptômes du choléra le mieux caractérisé, sont actuellement en voie de guérison dans le service spécial. Diarrhée douze heures avant les vomissements.

— Le 21 septembre également, la sœur du service présenta des symptômes très-nets de choléra; elle est actuellement guérie; diarrhée de vingt-quatre heures.

— Le samedi 20, sortait de la salle Saint-Basile la malade du n° 15, convalescente d'une fièvre typhoïde et conservant encore un peu de diarrhée; elle rentrait le 22 dans la salle des cholériques; elle y est actuellement convalescente.

— Enfin, le 22, était prise l'infirmière de la salle, actuellement guérie, après douze heures de diarrhée.

La salle d'accouchements et la salle de médecine ne sont séparées que par une antichambre et les cabinets sont communs.

Cependant les déjections et les matières vomies étaient détruites avec soin à l'aide de l'acide sulfurique, mais les premières selles étaient versées dans la fosse commune.

Les derniers cas se sont terminés par la guérison : les malades qui sont mortes étaient toutes dans des conditions très-fâcheuses (deux femmes récemment accouchées et une phthisique).

Les crampes ont été combattues avantageusement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, de 3 à 9 et même 12 centigr. dans les vingt-quatre heures.

HÔPITAL BEAUJON. — Services de MM. Fernet et Dujardin-Beaumetz; M. Landouzy, interne. Du 6 septembre au 1er octobre inclusivement : 42 cas, 22 à l'intérieur, 20 à l'extérieur.

Mortalité : 29. — Femmes, 13; 8 à l'intérieur, 5 à l'extérieur. — Hommes, 16; 6 à l'intérieur, 10 à l'extérieur.

Guérison : 7. — Femme, 1 à l'intérieur. — Hommes, 6; 2 à l'intérieur, 4 à l'extérieur.

LE CHOLÉRA DANS LES PRISONS DE LA SEINE ET A L'INFIRMERIE CENTRALE DES PRISONS RÉCEMMENT CRÉÉE A LA MAISON DE LA SANTÉ (1). — Note communiquée par M. le docteur Legroux :

(1) Voici dans quelles conditions et dans quel but cette Infirmerie centrale a été établie au mois de juin 1873 :

La prison de la Santé, construction récente et fort remarquable à tout point de vue, offrait

---

garer contre les perfidies d'un courant qui, presque insensible au large, ne tarde pas à devenir irrésistible; quels que soient les efforts de l'équipage, ils sont vains, il faut sombrer.

La ville de Gmunden, populeuse, pittoresque et ancienne, et par où s'échappent avec fracas les eaux de la Traün, couvre la pointe septentrionale du lac. Du haut des terrasses qui la dominent, l'œil se repose sur une magnifique nappe d'eau et se porte au loin sur les deux rives. Mais cette vue dioramatique n'est qu'un feuillet du merveilleux recueil que la nature a déployé sur de tels bords. Elle annonce les beautés de l'œuvre par celle du frontispice; il serait difficile de ne pas y regarder.

En sortant de Gmunden, pour suivre la rive la plus habitée, parce que les montagnes abruptes n'y ont pas pris la place, on trouve Altmunster (le vieux monastère), charmant village et vieille église qui méritent d'être visités. A une lieue plus loin, toujours sans quitter le bord du lac, se présente Traünkirchen (l'église de la Traün), autre centre de population plus important et d'un aspect plus pittoresque, à moitié construit lui-même sur la roche et faisant face au Traünstein (le rocher de la Traün), montagne aux arêtes vives, taillée comme un obélisque. Je ne veux pas omettre qu'il y a dans ce village une très-curieuse église, et dans cette église une chaire qui se fait remarquer par son cachet d'originalité et d'heureux à-propos. La chaire est une barque que recouvre un immense filet à grosses mailles surchargé de poissons. Dans ce pays qui n'est pas seulement un pays de pêche, mais de traditions religieuses toujours vivantes, le filet, une fois jeté, ne revient jamais à vide. Les poissons comme les âmes ne manquent pas de s'y laisser prendre. Plus loin encore, et par un chemin taillé en corniche sur la roche, car il y a moins de trente ans, si je ne me trompe, on ne pouvait, de ce côté, parvenir à l'extrémité méridionale du lac que par eau, plus loin, dis-je, se montre le bourg d'Ebensée, remarquable à plus d'un titre. Ce centre de population est placé au point d'immergence de la Traün; c'est là qu'elle disparaît dans les eaux du lac, pour aller reprendre

« Jusqu'au 16 septembre, on n'avait signalé aucun cas de choléra dans les prisons de la Seine, dont la nombreuse population cependant donne facilement prise à toutes les épidémies.

La diarrhée y était fréquemment observée, mais facilement combattue. A la Santé, j'ai constaté que ces diarrhées avaient diminué dans des proportions notables dans la seconde quinzaine de septembre.

Le 16 septembre, un détenu de Sainte-Pélagie, G..., âgé de 32 ans, est pris de choléra et est transporté à l'infirmerie centrale de la Santé.

Cet homme, détenu depuis le 3 septembre, avait eu de la diarrhée le 13; le 16, les vomissements, l'algidité, les crampes, etc., se déclarent. Le 19, tendance à la réaction, mais persistance des vomissements et de la diarrhée. Les jours suivants, la réaction se fait lentement. Le 24, aspect typhoïde, délire, suppression des déjections, persistance de l'anurie, température rectale 37°, axillaire 36°, pouls à 88. Le lendemain, tendance au refroidissement, température 36° (aisselle et rectum). Le 27, agonie commençante à neuf heures du matin.

L'anurie, l'abaissement de la température, l'état des globules du sang, dont la viscosité a persisté jusqu'à cette époque, ne déterminent à tenter l'injection d'eau chaude à 40° dans la circulation veineuse, au moyen d'un appareil fort simple et rendant impossible l'introduction de la moindre bulle d'air. Au début de l'opération, le malade, à l'agonie, avait la respiration entrecoupée, ralentie; il était insensible, quelques mouvements convulsifs se manifestaient dans le côté droit de la face. Au moment où une certaine quantité d'eau eut pénétré à travers

un magnifique local pour l'établissement d'un service d'infirmerie salubre. On a donc organisé, dans un corps de bâtiment facilement isolable, trois grandes salles pouvant contenir en tout 60 lits. Les diverses parties du service ont été ordonnées d'après le système des hôpitaux civils, à peu de chose près (alimentation, médicaments, etc., etc.).

C'est là que désormais on doit envoyer des diverses prisons, où, en général, les infirmeries sont fort défectueuses, tous les détenus gravement atteints, qu'autrefois on dirigeait sur les hôpitaux. Du même coup, on a réformé l'abus qui consistait à faire passer, dans des maisons de santé, leur temps de prison à certains détenus privilégiés.

Le service médical de cette infirmerie centrale est ainsi constitué :

1° Un médecin en chef, nommé pour deux ans, choisi parmi les candidats au Bureau central, et ayant été admissible dans un ou plusieurs concours;

2° Un médecin adjoint;

3° Un chirurgien auxiliaire, appelé quand son intervention est nécessaire. Ce chirurgien est du Bureau central des hôpitaux;

4° Deux internes;

5° Un pharmacien.

---

sa personnalité au pied des habitations de Gmunden. De plus, Ebensée se distingue par un paysage de montagnes des plus attrayants où fleurit la gentiane bleue, et où les cyclamens de couleur violette s'étendent au déclin de la saison en épais tapis, sous les couverts. Je n'aurais pas assez dit si je ne parlais de l'industrie de ce centre de population caché à l'ombre de ses forêts et de ses majestueuses montagnes. Avec Ischl et avec Gmunden, Ebensée forme la trilogie de l'exploitation du sel gemme dans le Salzbourg. A Ischl, on extrait une eau en pleine saturation du chlorure sodique qui se déverse en grande partie au moyen de tuyaux de plusieurs milles de développement dans l'établissement de réduction d'Ebensée; là, d'immenses chaudières servies par un personnel important dégagent le sel par l'évaporation. Le service du lac fait le reste en transportant ce riche produit dans l'entrepôt de Gmunden. Voilà pour une rive, la rive occidentale; quant à l'autre, elle est constituée par un mur de roche dominé par la cime du Traûnstein, en certains points presque perpendiculaires, et en quelques autres laissant entre sa base et le bord de l'eau assez d'espace pour quelques habitations entourées de jardins.

Pour bien connaître le lac, il faut le parcourir à l'aide de ces petits bateaux plats qui sont toujours à la disposition du touriste et que manœuvre souvent une main de femme de pêcheur. Les eaux sont vertes, de cette couleur émeraude qui distingue celles de la Traûn dont j'ai montré le parcours. Mais à quels changements de couleur et d'aspect elles sont soumises, suivant l'état du ciel! Les teintes s'y succèdent pendant les jours mauvais ou douteux, depuis le blanc jusqu'au gris sombre et même jusqu'au noir. Quand le crépuscule est pourpre, ce qui arrive assez fréquemment, il faut voir quelle merveilleuse décoration la réflexion répand sur les eaux et sur les montagnes. C'est un de ces spectacles dont la description par la plume ou le pinceau est au-dessus du talent des plus habiles. Je n'ai jamais remarqué sur ce beau lac le bleu plus ou moins indigo de la Méditerranée; en compensation, j'y ai été frappé à plusieurs

une veine de l'avant-bras, la respiration reprit pendant une ou deux minutes un rhythme plus normal, plus précipité : cela ne dura pas, et, malgré l'injection de plus de 400 grammes d'eau, le moribond succomba ni plus ni moins tôt que si je n'avais pas fait l'opération.

Cet insuccès ne peut être compté dans l'appréciation de la méthode des injections.

Le 24 septembre, un autre cas de choléra se déclare à Sainte-Pélagie chez un détenu, âgé de 52 ans, en prison depuis le 18 juillet, atteint de diarrhée vers le 16 septembre, et placé à l'infirmerie le 22, dans la même salle où avait été placé le premier malade. Il était couché au n° 33; le premier avait séjourné quelques heures au n° 31. Deux jours après son admission dans l'infirmerie, le choléra se confirme. On envoie immédiatement ce malade à l'Infirmerie centrale, où il meurt dans l'algidité la plus prononcée (34°) le 26 septembre au matin.

Le 28 septembre, toujours à Sainte-Pélagie, nouveau cas, chez un Hollandais, âgé de 27 ans, détenu depuis le 14 mars, traité dans le courant d'août pour une bronchite. Cet homme est pris de diarrhée le 24 septembre; quatre jours après, le choléra éclate, mais avec une certaine bénignité. Aujourd'hui, 3 octobre, ce malade est guéri et demande à manger.

Sainte-Pélagie est la seule prison d'hommes qui jusqu'à présent ait fourni des cas de choléra. L'enquête à laquelle je me suis livré ne permet pas d'établir comment le mal asiatique y a pénétré, et de quelle façon les trois malades l'ont contracté. Les deux premiers avaient été placés, il est vrai, dans la même salle, l'un au n° 31, l'autre au n° 33, mais la diarrhée avait débuté chez eux pendant qu'ils étaient encore dans les cours et chacun dans des divisions séparées.

Le voisinage de l'hôpital de la Pitié a-t-il joué un rôle dans l'éclosion de ces trois cas? Je laisse la question sans réponse.

Hier, 2 octobre, il ne s'était produit aucun cas nouveau à Sainte-Pélagie; aucun malade atteint de diarrhée ne s'était même présenté depuis plusieurs jours à la consultation.

Je ferai remarquer que, tandis que Sainte-Pélagie a fourni trois cas de choléra, la prison de la Santé, qui contient en moyenne 1,100 détenus, n'a souffert jusqu'ici d'aucune atteinte. Cependant c'est là que les cholériques de Sainte-Pélagie ont été traités : il est vrai de dire que l'isolement et les mesures de désinfection y sont rigoureusement appliqués.

Pour compléter ces renseignements en ce qui concerne la prison de la Santé, j'ajouterai que le XIVe arrondissement a été, jusqu'à présent, presque épargné par l'épidémie. Cochin, le Midi, Lourcine, vous le savez, n'ont pas reçu de cholériques.

---

reprises d'un effet que je n'avais pas remarqué ailleurs, du moins d'une manière aussi nette. La nappe liquide ressemblait à une moire de soie fortement tendue; si n'avait été le jeu de la rame qui brisait cette surface et en faisait jaillir des étincelles d'eau, l'illusion eût été complète; cela se passait, en général, lorsque l'atmosphère était lourde et le ciel brumeux. Dans les beaux jours, qui sont peu fréquents sur les lacs des régions montagneuses, l'eau présentait une admirable transparence; ainsi qu'aux parages de Naples ou de Sorrente, la barque apparaissait comme en suspension dans l'air.

Une maison entourée de fleurs et d'ombrages, et dont la situation correspondait au centre du bord habité, qui de plus avait l'avantage de regarder en face le Traûstein, cette maison dont le souvenir reste écrit dans ma mémoire, me permettait, grâce à son heureuse place, d'embrasser l'ensemble et de saisir le caractère des phénomènes météorologiques du bassin. A l'extrémité méridionale du lac, au dessus d'Ebensée, se dresse une montagne singulièrement découpée à son sommet, car ce sommet représente le dessin assez régulier d'une femme couchée dans l'attitude du sommeil. Le rebord épais qui couronne la tête fait figure de turban. De là le nom donné à la montagne qui est, pour les touristes comme pour les habitants, la montagne de la Sultane. C'est sur cette tête paisible que naissent les orages. Quand un voile de brouillard s'épaissit autour de la Sultane, et que ce rideau la dérobe à la vue, on peut en être sûr, et d'ailleurs, qui l'ignore dans le pays? le temps va se gâter. Bientôt le nuage primitif a gagné les montagnes voisines et pénètre dans les vallées, il pèse même sur les eaux.

Cette entrée en matière ne se fait pas sans quelque bruit. Si ce n'est la foudre qui se met souvent de la partie, le vent, qui joue un grand rôle dans les bassins à lacs, n'en remplit pas un moindre dans celui de Gmunden. Il y prend sa voix la plus forte, et aucun changement ne se produit dans l'atmosphère sans qu'il se fasse entendre avec éclat. Par sa configuration, le bassin n'admet que deux vents : le midi et le nord, qui en sont à peu près les maîtres

La mairie, au 29 septembre, n'avait enregistré que 8 décès cholériques, non compris les 2 décès fournis par les détenus de Sainte-Pélagie envoyés à la Santé, décès qui seront compris dans la statistique de la ville et non dans celle des établissements hospitaliers.

Dans la seule prison de femmes qui existe à Paris, Saint-Lazare, le choléra a été plus sérieux. D'après les renseignements qu'a bien voulu me donner M. le Directeur des prisons, il s'est déclaré 9 cas de choléra dans cet établissement.

C'est le 25 septembre que le premier cas se produisit, dans la première section (détenues ordinaires). Le même jour, 3 cas naissaient, ainsi que 6 diarrhées cholériformes, dans la deuxième section (filles publiques). Depuis, 5 autres femmes ont été prises de choléra dans cet établissement.

Ces 9 cas ont causé jusqu'ici 5 décès.

En résumé, on voit que dans les prisons de la Seine (la Santé, Mazas, Sainte-Pélagie, les deux Roquettes, Saint-Lazare, le dépôt et la Conciergerie, le dépôt de Saint-Denis), dont la population peut être estimée à 6,500 en moyenne, le choléra n'est apparu que le 16 septembre dans une prison d'hommes et le 25 septembre à Saint-Lazare.

Il y a eu en tout 12 cas, dont 3 hommes et 2 décès, 9 femmes et 5 décès. »

Des Injections hypodermiques dans le Choléra.

Toulouse, le 4 octobre 1873.

Monsieur et très-honoré confrère,

En présence du terrible fléau qui nous menace, si chacun de nous doit faire provision de courage et de dévouement, il doit aussi chercher des armes pour combattre. Puisque tout le monde, juqu'aux philosophes, se préoccupe du traitement du choléra indien, c'est bien le moins que les médecins puissent donner leur avis. Je ne viens pas ici discuter les diverses médications employées contre cette maladie, pas même l'efficacité du bouillon de poulet préconisé par M. Pierre Leroux, philosophe..... humain, à l'instar du candidat Bertron; je veux simplement vous dire un mot d'une méthode qui mérite d'être essayée. Mon idée, d'ailleurs, ne peut être neuve, et doit être venue à l'esprit de bien d'autres confrères. Il va sans dire que je n'ai pas la moindre prétention au prix de 100,000 francs que l'Académie réserve et réservera longtemps, hélas! pour notre malheur commun.

Sans autre préambule et sans discussion des faits relatifs au choléra, pour ne pas abuser de

---

absolus, et c'est entre ces deux combattants que s'engage la querelle et que se dispute la victoire. Les alternatives de la lutte se prolongent quelquefois plus d'un jour avec de grands déplacements de nuages et les bruits des rafales qui frappent violemment le lac et se répercutent d'échos en échos. Le ciel se clarifie par le triomphe du vent septentrional; c'est à cette influence que revient l'honneur de dégager la Sultane, libre alors de laisser descendre du haut de son trône de pierre un regard souverain sur son domaine désormais pacifié. Mais le spectacle du lac est encore plus curieux que celui du ciel pendant ces scènes de violence. Les lames déferlent comme sur une mer, et le flot passe par les colorations les plus étranges. Le phénomène le plus intéressant à étudier peut-être, c'est la sensibilité presque barométrique de ce lac. Quand le désordre se prépare dans les éléments météorologiques, il a déjà éclaté sur l'eau. La Sultane ne s'est pas encore dérobée derrière ses sombres draperies que le tumulte règne au-dessus de la vaste surface liquide qu'elle domine. La conséquence à tirer de ces quelques points que j'ai à peine touchés, c'est que, pour la stabilité, le ciel de Gmunden ne mérite pas plus de confiance que le lac. Incléments tous les deux, il faut savoir se prémunir contre les surprises. Que de fois une navigation, commencée sous les meilleurs auspices, a menacé de mal finir peu d'heures après le départ!

Cependant, le lac est si majestueux et si riant à la fois, qu'on lui pardonne ses trahisons comme ses caprices. On le traite comme une femme coquette, en le maudissant quelquefois, mais en l'aimant toujours. La poésie l'a célébré, même la poésie française. J'ai entendu, dans la maison qui me servait d'observatoire, et qui réunissait un cercle d'amis de toutes les origines, des vers tout trempés des eaux du lac et pleins de saveur locale. Ceux que j'ai recueillis étaient adressés à une artiste autrichienne dont le chant tenait constamment les échos en éveil, et qui, devenue depuis artiste du Grand-Théâtre de Berlin, a fait servir son talent à célébrer les triomphes de nos ennemis et à flétrir notre ancienne gloire. Les écrirai-je, ces

votre bienveillante hospitalité, voici ce dont il s'agit : Les *injections hypodermiques* dont l'efficacité, grâce au savant professeur Béhier, est aujourd'hui connue comme méthode d'introduction facile et rapide des médicaments actifs, ne pourraient-elles être appliquées au traitement du choléra? Dans la période algide, quand la maladie confirmée semble avoir détruit la résistance de l'organisme, alors que l'absorption gastro-intestinale est suspendue, que la circulation sanguine elle-même semble près de s'arrêter, ne peut-on essayer de faire pénétrer sous la peau, dans le tissu cellulaire, des agents énergiques? Dans une récente discussion de notre Société de médecine, cette proposition fut émise par mon habile confrère, M. Noguès, et par moi-même. On nous répondit que l'absorption serait aussi nulle par ce moyen que par tout autre, et que d'ailleurs nous ne pouvions indiquer un remède capable de seconder notre intention. Comme pareille objection viendra naturellement à l'esprit de beaucoup de confrères, je dois y répondre tout d'abord.

S'il est un fait aujourd'hui bien prouvé, c'est, chez les cadavres eux-mêmes, la pénétration des liquides du tissu cellulaire dans le système circulatoire. Quoi qu'on dise de la nécessité de la vitalité pour que l'absorption physiologique se complète, il n'en est pas moins prouvé, par de nombreuses expériences, que le premier phénomène de l'absorption est un phénomène physique d'endosmose et d'imbibition. Ici, d'ailleurs, dans le cas qui nous occupe, la vie n'étant pas tout à fait éteinte, le cours du sang n'est pas complétement suspendu. Il reste donc un peu de cette vitalité indispensable à l'accomplissement du phénomène. Bien plus, n'y aurait-il que la diffusion possible du liquide injecté à invoquer, qu'on peut espérer voir sa pénétration jusqu'au sang et son arrivée jusqu'au système nerveux et surtout aux nerfs vaso-moteurs. En supposant encore que la quantité de remède injectée en un seul point parût insuffisante, ne pourrait-on multiplier sur diverses parties du corps les injections hypodermiques? Craindrait-on enfin l'insuffisance de la pénétration, ou bien voudrait-on employer des substances qui n'agissent qu'à doses massives, que l'on aurait encore la ressource d'une injection dans les veines. Je n'insisterai pas plus longtemps sur ce sujet, et je me contenterai, pour les preuves de l'existence probable de l'absorption, de renvoyer aux travaux récents sur la matière par Milne-Edwards, Paul Bert, Béclard, Mongeot, etc.

J'arrive à la seconde objection, celle qui s'appuie sur notre ignorance du remède à injecter. Il serait tout d'abord facile de répondre aux confrères trop prévenus, par ces paroles de l'Évangile : « Cherchez et vous trouverez. » Le savant M. Coste n'a-t-il pas, d'ailleurs, à l'Académie des sciences, donné le conseil d'expérimenter ces alcaloïdes, dont l'étude récente (grâce aux belles découvertes de Claude Bernard et d'autres habiles physiologistes) a révélé de si intéressantes propriétés? Je pourrais ajouter aussi que, puisque l'opium est communément employé contre le choléra, on serait naturellement conduit à le remplacer par la morphine en injection. La strychnine, qui fut si vivement préconisée en 1854, pourrait être admi-

---

vers? Je m'exécute, mais ce n'est pas sans craindre d'encourir le reproche d'être sorti d'un sujet sans l'avoir suffisamment épuisé.

MOI! Que le le lecteur, je l'en supplie, ne croie pas que ce *moi*, c'est moi-même; je risquerais de compter parmi les médecins poëtes, et si je suis médecin, ce qu'on nomme un poëte, certes, je ne le suis et jamais ne le serai.

MOI

« Beau lac si limpide et si pur,
Dis-moi, conserves-tu l'image
D'une enfant au charmant visage
Qui se mire en tes flots d'azur ?

LE LAC

Sur mon miroir, toute ombre passe;
J'y reçois tout, puis tout s'efface.
Ne sais-tu pas tout comme moi
Que rester pur, telle est ma loi?

MOI

Mais elle est dans ton voisinage.
Elle habite au bord de tes eaux,
La jeune fille au gai ramage
Qui chante comme les oiseaux.

LE LAC

A cette voix pleine et vibrante,
Fidèle écho, j'ai répondu.
Pour cette enfant, que me veux-tu ?
Toi qui troubles mon eau changeante.

MOI

Que ton ciel fixant le serein
Fasse nombreux ses jours de fête ;
Que tu sois sans vents ni tempête ;
Qu'un doux zéphyr ride son sein
Et caresse sa blonde tête.

LE LAC

Je ne puis rien pour ta requête.
Dans certains jours, il ventera ;
Durant de longs jours il pleuvra,
Sois sûr aussi qu'il tonnera,
Qu'après, le soleil brillera.
C'est une histoire toute faite. »

Je pense que le lecteur bienveillant reconnaîtra que la poésie n'a pas fait tort à la météorologie, et que, si j'ai paru un moment sortir de mon sujet, je ne l'ai fait que par ce qu'on appelle, en termes de théâtre, une fausse sortie.

Éd. CARRIÈRE.

nistrée par ceux qui la préfèrent ou qui en connaissent le mieux l'action. L'atropine elle-même, surtout contre les crampes, mériterait aussi d'être essayée.

Pour mon compte, je commencerais par expérimenter le sulfate de quinine, dont l'action est si puissante et si rapide quand il est injecté; ce fait a été fort bien établi par mon distingué confrère et ami, le docteur Pihan-Dufeilhay, de Nantes. Pourquoi le sulfate de quinine aurait-il ma préférence? Le voici : D'après une opinion bien connue dans la science et rappelée par MM. Gallard et Lecadre, de Rouen, la fièvre intermittente, le choléra, la fièvre jaune (et peut-être même les maladies typhiques en général), reconnaîtraient pour cause l'influence d'un miasme organique, d'un ferment encore insaisissable et qui échappe à nos moyens actuels d'investigation. Il est fort probable que ce ferment diffère très-peu dans les trois principales maladies que nous avons nommées. Il est évident aussi, et les savantes recherches de géographie médicale du docteur Boudin le prouvent suffisamment, que les foyers de production de l'un de ces fléaux sont les mêmes qui produisent, dans des circonstances différentes mais inconnues, l'une ou l'autre des trois affections. Enfin ne pourrait-on trouver quelques points de ressemblance symptomatique entre un accès pernicieux intermittent et le choléra, qui surprend si brusquement au milieu de la santé la plus irréprochable? Je vais plus loin, et je dis que les médecins qui pratiquent dans les pays chauds et même simplement dans nos contrées marécageuses, doivent parfois observer des cas d'intermittence pernicieuse dont la physionomie ressemble beaucoup à celle d'une attaque de choléra. Loin de moi pourtant l'idée d'établir un parallèle entre ces deux maladies trop différentes à bien des égards. Parmi ces différences capitales, une suffirait de reste, c'est celle qui réside dans le fait de la contagiosité du choléra (incontestable pour moi comme pour M. Pellarin et bien d'autres), et le fait de l'innocuité du contact entre fiévreux et du transport impossible du miasme maremmatique simplement intermittent. Je n'ai donc voulu qu'établir un point d'analogie, à défaut de meilleures raisons, pour justifier ma proposition thérapeutique. Aussi, très-honoré confrère, je ne m'aventurerai pas davantage sur ce terrain difficile et trop glissant, et je reviendrai au principal objet de ma communication.

Je le répète donc, et je m'adresse à tous ceux qui ont une grande expérience de cette méthode thérapeutique : essayons les injections hypodermiques quelles qu'elles soient. Pour moi, si le malheur veut que j'aie à combattre la terrible épidémie, j'essayerai d'abord le sulfate de quinine en injections multiples. J'essayerai aussi les sulfites et les hyposulfites dont les médecins d'Italie font tant de cas dans les affections dites septiques ou supposées (avec raison, je crois) produites par un ferment organique. Avec ce médicament, dont les doses doivent être considérables pour agir, je serai peut-être amené à faire des injections dans les veines. Mais qu'importe! Un médecin de notre ville a bien osé parler de la transfusion du sang. Je ne crois donc pas devoir implorer d'indulgence pour une hardiesse qui n'en est plus une depuis longtemps, puisque le professeur Piorry a injecté de l'eau dans les veines des cholériques (avec ou sans succès, je l'ignore).

D'ailleurs, que faire en pareil cas? Chacun de nous n'est-il pas désarmé en présence de ce fléau qui nous moissonne impitoyablement, sans presque s'inquiéter de nos résistances? Quand toutes les portes sont fermées à l'absorption, une seule reste entr'ouverte, pénétrons-y sans crainte. Que si nos injections risquent parfois d'être dangereuses, elles le seront toujours moins que le choléra lui-même, si surtout nous savons agir avec prudence et en suivant les conseils des maîtres habiles dans la thérapeutique hypodermique. C'est d'eux que nous réclamons désormais des enseignements profitables.

La méthode que je propose d'expérimenter n'excluera pas les médications ordinaires, si tant est qu'on veuille les continuer. Pour ces médications diverses, contradictoires souvent, que je n'ai pas à discuter ici, je renverrai aux auteurs qui les ont préconisées, laissant au lecteur le soin de juger et de choisir celles qui seraient le plus particulièrement adjuvantes des injections sous-cutanées.

En terminant, très-honoré confrère, je vous avouerai que je désire bien vivement n'avoir aucune observation clinique à vous présenter à l'appui de mes idées thérapeutiques; j'espère (sans aucune bonne raison cependant) que cette fois l'épidémie nous épargnera ses terribles ravages.

Veuillez agréer, etc.,

Dr J. BONNEMAISON,
Professeur suppléant de clinique médicale,
à Toulouse.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 octobre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 et 1872 dans le département de l'Aisne. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Deux lettres de remercîment de M. Hughes Bennet (d'Edimbourg), et de M. de Vry (de La Haye), récemment élus membres correspondants de l'Académie.

2° Une lettre de M. Netter, relative à la note lue dans la dernière séance, par M. le docteur Crocq, sur la parotidite dans les maladies aiguës.

3° Un mémoire de M. le docteur Beauregard, du Havre, sur la nature et le traitement du choléra épidémique.

4° Une lettre de M. le docteur Félix Rochard, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Projet de création d'un hôpital sur l'eau.* Voici la lettre de M. le docteur F. Rochard :

« Monsieur le Président,

« L'an passé, M. le baron Larrey a bien voulu présenter en mon nom, à l'Académie, un mémoire intitulé : *Projet de création d'un hôpital sur l'eau.*

« Mon but était, à l'occasion de la discussion du nouvel Hôtel-Dieu, de faire connaître les avantages d'une pareille installation.

« Au moment où le choléra vient de faire son apparition à Paris et où de toutes parts on se préoccupe de conjurer le fléau, je crois devoir de nouveau attirer l'attention de l'Académie sur des vues dont l'application pourrait avoir son utilité dans le cas où l'épidémie acquerrait des proportions menaçantes.

« Ce système des hôpitaux baraqués sur l'eau permettrait d'obtenir l'isolement le plus complet et la salubrité la plus désirable, en vertu de la pureté exceptionnelle de l'aération.

« On pourrait, avec promptitude et économie, multiplier les baraquements sur des points choisis de la Seine et de la Marne.

« M. le docteur Paquelin, dans l'analyse de l'ouvrage du docteur Henry Blanc, ancien médecin en chef des hôpitaux des Indes-Orientales, signale des faits qui confirment la valeur de nos idées et les résultats de notre propre expérience.

« Il y a, dit le docteur Henry Blanc, un point sur lequel les réponses données par les 505 « médecins consultés par le gouvernement des Indes sont unanimes et bien décidées, c'est « que le changement de localité, tel que nous le pratiquons pour nos troupes, est considéré « comme un des moyens les plus efficaces pour arrêter la propagation du choléra.

« Dans les troupes de l'armée de l'Inde, par exemple, aussitôt que quelques cas de choléra « se déclarent dans une caserne, on loge les soldats sous la tente, dans un camp; si le lieu « est bien choisi, près d'une eau courante, à quelque distance de toute habitation, le choléra « disparaît bientôt entièrement. »

« L'analogie est manifeste. Si les tentes au voisinage d'un courant d'eau ont eu l'effet qu'on leur attribue, à plus forte raison aurait-on, avec nos baraquements, des chances supérieures.

« Ajoutons, considération jugée très-importante, qu'il serait facile :

« 1° D'enlever la moindre parcelle de matière des déjections que l'on verserait dans un bassin en fer, clos et submergé;

« 2° D'entretenir une propreté constante dans les lieux d'aisance;

« 3° D'immerger à l'instant les linges sales provenant des lits des cholériques, et ceci sans préjudice des moyens désinfectants.

« J'ose, Monsieur le Président, espérer de votre équité bienveillante un accueil favorable à ma communication. »

M. LARREY présente : 1° De la part du docteur Thomas W. Evans, un volume intitulé : *Histoire de l'ambulance américaine;* — 2° de la part de M. le docteur Julliard, de Lausanne, une série de brochures sur divers points de pathologie.

M. Jules GUÉRIN présente, au nom de M. le docteur Galicier, un ouvrage ayant pour titre : *Vie de l'univers*, ou *Étude de physiologie générale et philosophique appliquée à l'univers, et faisant suite à la théorie de l'unité vitale.*

M. VERNEUIL présente : 1° De la part de M. le docteur Bertillon, l'article MÉSOLOGIE (science

des milieux) extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* ; — 2° un trocart dit *trocart suspenseur à rainure conductrice*, pour la taille sus-pubienne, construit par M. Mathieu, sur les indications de M. le docteur Mallez.

Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître que dans la taille sus-pubienne (procédé de Rousset ou de Baudens), où l'on n'ouvre pas la vessie, comme dans celui du frère Côme, de dedans en dehors, mais bien de dehors en dedans, le temps le plus difficile de l'opération est celui dans lequel on divise la paroi vésicale.

Si l'on a pratiqué une injection d'eau (procédé de Rousset), on risque de la voir s'épancher dans le petit bassin ; si, au contraire, l'on a incisé directement sur la pierre (procédé de Baudens), lorsque le calcul est volumineux et que le sujet a un peu d'embonpoint, ce n'est pas sans peine qu'on peut saisir les lèvres de la plaie.

Leroy (d'Étiolles), Amussat et autres ont inventé, dans le but de parer à ces difficultés et à ces dangers, des crochets suspenseurs ; mais ces instruments offrent tous l'inconvénient de ne soulever la vessie que lorsque celle-ci est déjà divisée à l'aide du trocart courbe dont voici la figure et la description, et qu'en raison de sa double action M. le docteur Mallez nomme *trocart suspenseur à rainure conductrice* ; ce praticien a voulu remédier aux inconvénients que l'on avait déjà reconnus dans les crochets suspenseurs à l'époque où l'on faisait le plus fréquemment la taille sus-pubienne.

Ce trocart, fabriqué par M. Mathieu sur les indications de M. Mallez, est courbe, sa canule est munie d'une canule C D qui permet de guider le bistouri pour pratiquer l'incision de la vessie, et la pointe B du trocart se cache par une simple traction sur le bouton A.



Lorsque la paroi abdominale est divisée et que la vessie apparaît distendue, on y plonge le trocart ; et, en relevant le bouton A avec le pouce, la pointe B disparaît dans la canule qui sert alors de crochet suspenseur mousse, la concavité en haut. On saisit immédiatement le bistouri dont on fait glisser la pointe dans la rainure C D pratiquée sur la convexité de la canule ; le point ou l'on a plongé la canule marque, par sa distance au pubis, la longueur de l'incision.

Dans une taille hypogastrique que M. Mallez a pratiquée il y a quelque temps, cet instrument a été expérimenté avec succès devant plusieurs chirurgiens.

M. Bergeron présente, de la part de M. le docteur Lecadre, une brochure intitulée : *Mouvement de la population du Havre.*

M. Delpech présente le tableau de la situation du choléra, du 29 septembre au 6 octobre :

	Hôpitaux civils.			Hôp. mil.	Domicile	Totaux
	Entrées.	Décès.		Décès.	Décès.	des décès.
30 septembre.	4 (dont 1 intér.)	7		0	2	9
1er octobre. .	6	2	4	0	2	6
2 —	6	3	5	1	3	9
3 —	5	2	5	0	3	8
4 —	3	0	5	0	5	10
5 —	6	2	2	1	0	3
6 —	7	0	4	0	2	6
Total. . . .	37	10	32	2	17	51

« Ainsi, ajoute M. Delpech, la décroissance de l'épidémie cholérique se prononce de plus en plus. Malgré l'élévation si considérable de la température, et ces temps lourds et orageux qui avaient pu faire concevoir quelques craintes, le chiffre des décès s'est abaissé, de 66 dans la semaine précédente, à 51 cette semaine, soit une diminution de 15 décès. Mais ce chiffre favorable prend une bien plus grande importance, lorsqu'on le considère au point de vue de ses origines. Ainsi, le nombre des décès à domicile a été de 17 au lieu de 30, et on n'a constaté aucun décès de cette catégorie le 3 octobre, jour où la mortalité totale s'est abaissée au chiffre 3.

Les hôpitaux militaires n'ont perdu dans la semaine que 2 cholériques.

La mortalité des hôpitaux civils s'est presque maintenue au même point, 32 au lieu de 34.

Mais, là encore, la décroissance paraît s'annoncer d'une manière formelle pour un temps prochain. Il n'y a eu que 37 entrées au lieu de 63, et, sur ces cas nouveaux, 10 seulement se sont produits à l'intérieur des établissements hospitaliers. Leur chiffre avait été de 34 dans la dernière période de 7 jours. Ainsi, il s'est développé dans les hôpitaux civils 24 cas de choléra de moins que dans la semaine précédente.

J'ai donc le droit de le répéter, si le chiffre brut de la diminution numérique, qui est du quart, à une légère fraction près, est déjà très-satisfaisant, il le devient beaucoup plus lorsqu'on le décompose en ses éléments, et il semble autoriser les meilleures espérances pour l'avenir.

Un médecin vérificateur des décès me disait que presque toutes les personnes décédées du choléra dont il avait été appelé à constater la mort, étaient destinées à mourir, dans un avenir plus ou moins prochain, de maladies graves, et qu'elles n'avaient été frappées que de choléra ultime. Cette observation coïncide avec le fait de la fréquence si marquée dans les dernières semaines des attaques cholériques dans les hôpitaux.

Pour continuer les observations que j'ai présentées sur la fréquence comparée du choléra dans les deux sexes, j'ai relevé à ce point de vue les entrées et les décès dans les hôpitaux civils du 4 au 29 septembre inclusivement.

Dans l'âge adulte, la fréquence plus grande du choléra chez la femme s'est maintenue dans des proportions peu considérables. 113 hommes et 126 femmes sont entrés dans les hôpitaux, 62 hommes et 76 femmes ont succombé. La gravité paraît donc avoir été plus grande chez elles.

Chez les enfants de 2 à 15 ans, le même fait ne s'est pas présenté. Il est entré 10 garçons et 8 filles dans les hôpitaux spéciaux, 7 garçons et 3 filles ont succombé. Ces derniers chiffres sont trop faibles pour qu'on en puisse tirer des conséquences bien nettes. »

M. Colin lit un mémoire ayant pour titre : *Nouvelles recherches sur l'action des matières putrides et sur les septicémies.* — L'auteur se propose d'examiner les questions suivantes :

1° Les matières putrides, le sang putréfié hors de l'économie, le sang modifié dans ses vaisseaux sous l'influence des maladies septiques, peuvent-ils déterminer ce qu'on appelle la septicémie, sur la plupart des animaux et en particulier sur toutes nos espèces domestiques ?

2° A quelle dose le sang putréfié hors de l'organisme ou modifié par le fait de la septicémie peut-il produire une affection mortelle ?

3° Le pus, les fluides sécrétés, la plupart des matières animales, altérées par la septicité, jouissent-ils des mêmes propriétés contagifères ou infectieuses que le sang ?

4° La septicémie est-elle contagieuse par les produits volatils émanés des sujets malades ou de leurs cadavres ?

5° Les produits de la septicémie sont-ils inoculables par les muqueuses intactes, et notamment par celles des voies digestives ?

6° Quelles sont les conditions de la virulence des matières putrides et des liquides pris sur les animaux septicémiques ?

7° En quoi consiste essentiellement la septicémie ?

8° Enfin, quelles sont les symptômes et les lésions de cet état morbide ?

L'auteur ne traitera aujourd'hui que la première question : Les matières putrides, le sang en voie de décomposition, peuvent-ils déterminer la septicémie sur la plupart des animaux, et particulièrement sur toutes les espèces domestiques ?

Il entre, sur ce sujet, dans de longues considérations qu'il résume de la manière suivante : « L'état pathologique désigné sous le nom de septicémie n'est pas un effet constant et invariable du sang putréfié à l'air ou altéré dans l'organisme. C'est une réaction morbide donnée par certains animaux, mais que le plus grand nombre ne donne pas dans les conditions expérimentales. D'où il suit que les généralisations dont cet état a été l'objet ne sont nullement justifiées et donnent une idée fausse tout à fait inacceptable en pathologie comparée. »

Dans un prochain travail, l'auteur traitera la seconde question de son programme.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

FORMULAIRE

Potion antirhumatismale. — Oke.

Bicarbonate de potasse	2 grammes.
Acide citrique	1 gr. 50 centigr.
Liqueur de potasse (pharmacopée anglaise)	1 gramme.
Nitrate de potasse	1 —
Sirop simple	20 —
Eau distillée	100 —

F. s. a. une potion, que l'on fera prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures, dans le rhumatisme articulaire aigu. On commencera toutefois par pratiquer une saignée générale, si l'état du malade le permet, et par administrer une ou plusieurs doses d'huile de ricin. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 9 OCTOBRE 1793.

Pour la première fois, et malgré quelques insuccès antérieurs, Duret, de Brest, parvient à sauver un enfant de deux jours, en lui pratiquant l'opération de l'anus artificiel. Cet enfant devait vivre jusqu'à l'âge de 43 ans. (Voir *Journal gén. de méd.*, t. IV, p. 45; 1798.) — A. Ch.

COURRIER

Nous sommes invités à annoncer que le Congrès des Sociétés protectrices de l'enfance, qui devait, ainsi que nous l'avons publié, se réunir à Paris le 8 octobre, est ajourné.

— Nous avons sous les yeux le premier numéro d'un élégant journal publié à Paris, sous ce titre : *Journal des jeunes mères et de leurs bébés, éducation de l'enfant par sa mère.* — Directeur : Henry Bellaire; — principaux rédacteurs : MM. Béclard, Fonteret, Lunier, Caron, Mmes Alliot, Lucie Grange, MM. Fréd. Passy, Félix Boudet, Aug. Delondre, Jacques Normand, etc., etc. — Prix de l'abonnement : 7 fr. par an. — Bureaux du journal : 71, rue des Saints-Pères.

Nous empruntons à ce premier numéro la citation suivante :

« Savez-vous comment on transportait les nourrissons dans certaines localités, il n'y a pas bien longtemps? Au commencement de ma pratique, nous écrit le docteur Dagand, les nouveau-nés étaient colportés d'Albens (Savoie) à Alby (Haute-Savoie), au nombre de trois ou quatre dans une même hotte, par un messager qui allait, de commune en commune, les offrir à qui en voulait..... Quand les mignonnes créatures pleuraient, le colporteur élevait et abaissait alternativement les épaules pour les secouer comme des noix dans un panier; c'était de cette manière qu'il les berçait. Quand leurs cris devenaient plus forts, il s'asseyait au bord des chemins pour leur donner à sucer à tour de rôle une fiole de lait qu'il portait dans sa poche.... Les pauvres petits arrivaient à destination morts ou mourants; on faisait le triage, on déclarait le décès; la sépulture avait lieu, et tout était dit. »

— Samedi dernier, MM. Wakley, propriétaires du journal médical *la Lancet*, ont célébré par un dîner, auquel ils avaient invité tous leurs rédacteurs, le cinquantième anniversaire de la fondation de leur feuille, dont le premier numéro parut le 5 octobre 1823.

A cette époque, les chirurgiens et les médecins attachés aux hôpitaux y étaient seuls admis. On y recevait cependant les élèves qui avaient pris des inscriptions pour étudier dans les salles; nuls autres ne pouvaient participer aux leçons, et les recueillir par un procédé sténographique quelconque était strictement défendu.

Feu M. Wakley, fondateur de la *Lancet*, fut pendant maintes années membre du parlement pour Finsburg et coroner pour Middlesex, expressément élu pour briser ce monopole et pour ouvrir les hôpitaux à tous les membres de la profession médicale, afin qu'ils pussent profiter de l'étude des cas si divers qui s'y présentent. Pour cela, il commença par publier les leçons faites sur la chirurgie par sir Astley Cowper dans Guy's Hospital.

Ceux qui désiraient s'instruire par la lecture des nombreux documents que contenait le journal saluèrent son apparition avec enthousiasme; mais presque tous les habiles praticiens de l'époque lui étaient opposés.

A la mort du fondateur de la *Lancet*, son fils prit la direction du journal, qu'il n'a pas quittée depuis. (*Times.*)

OS EN POUDRE DANS LES SAVONS. — Les os en poudre fine sont actuellement employés à la falsification des savons de toilette, et on les trouve en grande quantité dans les sortes inférieures. Cette fraude, en diminuant la partie active des savons, leur donne la propriété d'irriter la peau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira le vendredi 10 octobre 1873. — *Ordre du jour* : Suite de la discussion sur l'isolement des cholériques dans des hôpitaux spéciaux. — Note sur l'état actuel de l'épidémie cholérique, par M. Ernest Besnier. — Note sur la diarrhée *dite* prémonitoire, par M. Damaschino. — Communication sur les *injections veineuses* dans le traitement du choléra, par M. Dujardin-Beaumetz.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Choléra et Chloralum (1)

Par le Dr Henry BLANC,

Membre du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre,

Ancien médecin en chef des hôpitaux de Rajkote et de Sattara (Indes-Orientales), etc., etc.

Je ne crois pas utile de revenir sur le mode d'emploi des désinfectants, car j'ai déjà donné dans ma brochure des exemples de leur application générale, et j'ai cité des faits qui établissent leur place au point de vue qui nous occupe. Du reste, ces principes sont bien connus, et s'ils ne sont pas appliqués, ce n'est certes pas à l'ignorance qu'il faut attribuer cette faute, mais bien à l'insouciance, tous deux également coupables.

Mais je voudrais cependant bien définir ce que c'est qu'un désinfectant. Le docteur E. Parkes, professeur d'hygiène à Netley, dans son *Manuel d'hygiène pratique*, s'exprime ainsi : « Le mot désinfectant, qui est maintenant entré dans le langage ordinaire, a été malheureusement employé pour exprimer plusieurs choses. Par les uns, il est appliqué à tout agent qui détruit les impuretés de l'air; par d'autres, à toutes substances qui, en outre de leur pouvoir de purifier l'air, peuvent aussi en modifier l'action chimique ou arrêter la putréfaction dans une matière organique dont les effluves pourraient contaminer l'air; tandis que d'autres ne se servent de cette expression que pour des substances qui empêchent la propagation des maladies contagieuses en détruisant leur poison spécifique. Cette dernière vue est, je crois, la plus correcte, et c'est dans ce sens seulement que le terme désinfectant a été employé par moi. » C'est aussi à ce sens du mot que je me rattache; pour qu'un désinfectant puisse enrayer la marche des maladies, en en détruisant les germes, il faut nécessairement qu'il jouisse de propriétés antiseptiques.

Le champ d'action des désinfectants antiseptiques n'est certes pas limité, car, en outre du choléra qui nous occupe en ce moment comme question d'actualité, nous avons un nombre considérable de maladies préventives dont nous pourrions débarrasser la race humaine si les moyens de répandre un tel bienfait étaient mis à la portée du médecin, le seul membre de la société qui s'occupe d'améliorer la santé publique, témoignage éclatant de son amour désintéressé pour l'humanité, car, lui plus que tout autre, il ne peut que gagner à laisser l'incurie se perpétuer. Outre

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 octobre.

FEUILLETON

CAUSERIES

Le vieux proverbe a raison : On s'habitue à tout, même au choléra. Voyez ce qui se passe à Paris depuis un mois que le fléau indien est entré dans ses murs ! pas la plus petite frayeur, pas une désertion, aucune habitude rompue, mêmes recettes à la *Fille de Madame Angot*, l'Opéra refuse du monde aux représentations de M. Faure, et mardi soir la plus brillante assemblée, dans la plus élégante salle de Paris, fêtait le retour des chanteurs italiens. Quand on compare l'effet produit sur la population parisienne par cette cinquième invasion cholérique à celui des précédentes, on ne peut s'empêcher de s'écrier : Que les temps sont changés ! Serions-nous devenus plus courageux, ou moins impressionnables? Je penche vers cette dernière opinion. Je ne peux m'empêcher de croire qu'une population qui a assisté aux désastres de la guerre, qui a vu les horreurs de la Commune, qui a été menacée dans son existence, et par la famine, et par le bombardement prussien, et par la guerre civile, que cette population, dis-je, doit s'être singulièrement aguerrie, ou plutôt reste indifférente à des calamités de moindre importance.

Il est vrai que le choléra n'est pas très-méchant à Paris, jusqu'ici du moins, comme le peuvent voir nos lecteurs par les rapports si complets et si intéressants de M. le docteur E. Besnier faits à la Société médicale des hôpitaux, par les comptes rendus faits à l'Académie de médecine et que l'on doit au zèle de M. Delpech, et par les bulletins hebdomadaires publiés par la préfecture de la Seine. Qu'il s'éteigne vite et qu'il ne se réveille plus, cet affreux

le choléra, les maladies que les désinfectants antiseptiques peuvent détruire, sont : le typhus, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes, la dengue, la peste, la grippe, la coqueluche, la diphthérie, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, la pyémie, la syphilis, etc., etc.

J'espère, avant peu, venir redemander une place dans les colonnes hospitalières de l'UNION MÉDICALE, pour traiter plus complétement de la nature des principes contagieux; pour le moment, je dois me limiter au choléra.

Malgré un nombre considérable d'observations et de recherches laborieuses, on n'a jamais trouvé ni bactérides, ni parasites végétaux (les champignons de Haller n'existent pas) dans les évacuations et dans le sang des cholériques.

Les évacuations cholériques renferment des cellules épithéliales et du mucus. Ces cellules, examinées *pendant la vie* ou après la mort, présentent des altérations morbides dues à l'empoisonnement cholérique. En examinant ces cellules au microscope, on voit qu'elles renferment une grande quantité de petits points foncés. Il y a des degrés et des variétés; mais, en règle générale, on trouve que la majorité des cellules épithéliales, renfermées dans les évacuations cholériques, sont envahies par cette matière moléculaire, et dans les cas qui se terminent rapidement par la mort, on trouve dans les évacuations eau de riz une quantité très-considérable de cette matière granuleuse.

De quoi est composée cette matière granuleuse? Je crois avec le docteur Beale que ce sont des particules minimes de bioplasme (Beale) ou de protoplasme. Le principe contagieux réside dans ces molécules d'origine animale, et qui, nées dans le corps humain, s'y développent rapidement, mais seulement en lui.

Le docteur Parkes s'exprime ainsi à ce sujet : « Ceci n'est que la vieille doctrine des « fomites » exprimée d'une manière scientifique et appuyée sur un fait qui n'était pas connu avant ces derniers temps. La vie indépendante que l'on attribue à ces particules de bioplasme n'est pas hypothétique, puisque nous savons maintenant que beaucoup de petites cellules animales ou molécules bioplastiques sont en réalité des organismes indépendants ayant des mouvements propres et ayant l'apparence de chercher de la nourriture, de croitre et de mourir. »

Ces recherches sont pour nous très-importantes. Si le principe contagieux du choléra réside dans des portions excessivement petites de particules bioplastiques, — et jusqu'à présent on n'a pas découvert autre chose dans les évacuations cholériques, — nous avons le droit de conclure que nous réussirons avec l'emploi de désin-

---

monstre, ce sphinx pathologique qui défie les investigations de la science et les efforts de l'art! Que la France, déjà si malheureuse, soit préservée des ravages que le choléra a exercés dans d'autres contrées de l'Europe et notamment en Hongrie, où dans quelques mois il a fait 120,000 victimes sur une population de 14 millions d'habitants. C'est à peu près le double de la mortalité que chaque épidémie cholérique a produite en France sur une population à peu près double.

Chassons ces funèbres images et occupons-nous de quelques intérêts professionnels. Ils sont à l'ordre du jour de certaines Sociétés locales de l'Association générale. Ainsi, par exemple, voici une question qui a son importance :

Nous avons ici plus d'une fois regretté l'absence de statistique médicale professionnelle, qui fait presque complétement défaut en France. Déjà, il est vrai, quelques Sociétés locales ont pris à cet égard une initiative louable sans doute, mais qui ne peut aboutir tant que les moyens d'investigation leur manqueront comme aujourd'hui. Leurs bureaux sauront bien que X... exerce à X... ; ils pourront encore vérifier, à la sous-préfecture ou au greffe du tribunal, si l'enregistrement des diplômes a eu lieu conformément à la loi; mais ici naît la difficulté. Admettons qu'un médecin ne soit pas en règle, le bureau a-t-il mandat pour signaler à qui de droit le fait, dont ni la sous-préfecture ni le parquet ne se préoccupent, à moins d'une dénonciation ? Si ce gros mot effarouche l'initiative privée, il n'effarouchera pas moins les bureaux, qui reculeront également devant pareille appellation, qui leur serait infailliblement appliquée. C'est ainsi que le mal persiste; les intrigants continuent à avoir leurs coudées franches, et l'exercice illégal de la médecine va son train. Aussi, approuvons-nous très-fort la décision que vient de prendre à ce sujet la réunion départementale des médecins de Seine-et-Marne. Les quatre Sociétés locales de ce département, par délégation ou individuellement, se joignent à tour de rôle à la

fectants antiseptiques, car ces agents, en tuant ces molécules, détruiront le principe contagieux et l'empêcheront de se reproduire.

Notre tâche aurait été plus difficile si nous avions eu affaire à des champignons, comme le voulait Haller, car, d'après Pasteur, quelques-uns résistent à une température de 127° C. La vitalité des bactérides est encore plus considérable. Lex a trouvé qu'une température de 127° C. est insuffisante pour les tuer, et, après les avoir fait bouillir pendant une demi-heure, ils montraient encore des signes de vitalité. Calvert, dans ses expériences, trouva que pour les détruire il fallait une température de 204° C., et quelques variétés n'étaient pas influencées par les acides forts ni par les caustiques alcalins. Cependant, je dois dire que d'autres expériences, entre autres celles de Sanderson et de Bastian, démontreraient que la vitalité des bactérides n'est pas aussi tenace que d'autres physiologistes l'auraient cru.

Ayant déterminé la valeur du mot « désinfectant », et ayant démontré ce qu'il fallait détruire dans les évacuations cholériques pour éteindre le principe contagieux, il nous faut maintenant étudier rapidement les nombreux agents que l'on a proposés comme désinfectants ou comme antiseptiques, et choisir parmi eux ceux ou celui qui remplira le mieux, sous tous les rapports, les indications demandées.

Les désinfectants, — ou plutôt les substances ainsi dénommées, — peuvent être divisés en trois classes (1) :

1° *Déodorizants*. — Substances qui détruisent l'odeur, c'est-à-dire des agents qui enlèvent les mauvaises odeurs, sans pour cela détruire les substances très-nuisibles.

Nous n'avons pas à nous occuper de celles-ci.

2° *Désinfectants*. — Substances qui détruisent les matières nuisibles provenant de la fermentation, de la putréfaction, etc., par quelque procédé chimique direct qui les convertit en corps simples et inoffensifs.

Le chlore et l'oxygène sont les agents types de cette classe.

3° *Antiseptiques*. — Substances qui détruisent les formes inférieures de la vie organique, et qui, par conséquent, empêchent ou arrêtent la putréfaction et la fermentation, et privent les germes morbides de leur activité.

(1) Pour de plus amples renseignements sur ce point, nous renvoyons le lecteur à deux excellents articles qui ont paru dans la *Lancet* des 29 juillet et 9 août derniers.

---

réunion annuelle de l'une d'elles : excellente habitude ! Tout le corps médical du département est ici pour ainsi dire présent ; les intérêts généraux ou sociaux de la profession, au point de vue départemental, sont l'objet de discussions qui se terminent par des décisions ou des vœux. Ainsi, en ce qui nous concerne aujourd'hui, la réunion de Provins (17 août), désireuse de ne pas voir se renouveler le scandale qui, l'an dernier, a vivement affligé la profession, sous le rapport de l'exercice illégal dans les arrondissements de Melun et de Meaux, frappée des faits qui lui étaient signalés dans le seul arrondissement de Meaux, à savoir : que 7 personnes exerçaient il y a deux mois, sans avoir fait le dépôt exigé par la loi dans le délai d'un mois ; qu'aujourd'hui 5 encore sont dans le même cas, la réunion a décidé qu'une lettre collective, signée par les présidents des Sociétés locales en Seine-et-Marne, les représentant, serait adressée en son nom au préfet, le priant de vouloir bien prendre telle mesure qui lui paraîtra convenable, donnant aux Sociétés locales mandat pour intervenir, par leurs présidents ou bureaux, dans l'enregistrement des diplômes de médecins, pharmaciens ou sages-femmes. Cette intervention, ainsi justifiée, substituerait ici utilement l'action collective à l'initiative privée, et créerait aux Sociétés locales un droit en même temps qu'un devoir, au point de vue des irrégularités dans l'exercice professionnel, dont la répression resterait toujours entre les mains de l'administration. De cette manière, la profession médicale, appelée à participer à un acte administratif, servirait à la fois l'administration et son intérêt, en concourant légitimement alors à faire cesser un état de choses que l'autorité déplore, mais dont la profession souffre, sans qu'on ait pu jusqu'ici porter remède au mal.

La mesure que sollicite la réunion départementale de Seine-et-Marne ne serait-elle pas, si elle devait se généraliser, de nature à accroître le nombre de nos Sociétés locales, en en faisant naître dans les rares départements où il n'en existe pas encore ? Ne sait-on pas, en effet,

Le chlorure d'aluminium, de mercure, l'acide phénique, etc., sont des exemples d'antiseptiques puissants de cette classe.

Ce qu'il nous faut, c'est donc un agent qui jouisse des propriétés de la deuxième et de la troisième classe; en un mot, une substance désinfectante antiseptique, dont les caractères soient nettement tranchés et qui soit douée de propriétés non vénéneuses, une garantie nécessaire pour un agent dont l'usage doit être général.

Pour que la désinfection soit suivie de résultats heureux, il est souvent nécessaire d'employer une quantité considérable de la matière désinfectante, car, si l'on n'en use pas assez, nous obtenons une « déodorization », mais non une vraie désinfection. En effet, ce sont les parties les plus délétères des matières nuisibles que nous atteignons le plus difficilement par les substances de la deuxième classe. Par elles, les gaz fétides, ou les vapeurs qui se forment durant la putréfaction ou qui sont exhalées des matières fécales, seront modifiés ou masqués, tandis que la matière organique elle-même ne sera pas atteinte.

De plus, est-ce que la désinfection directe de l'atmosphère est possible? Nous ne le croyons pas, et, sur ce point, je m'appuie sur l'autorité de la plupart des hygiénistes anglais. Le docteur Wanklyn, professeur de chimie à Londres, s'exprime ainsi : « Je crois la désinfection directe de l'atmosphère impraticable, et je considère qu'une bonne ventilation est le seul moyen que nous devions employer pour purifier l'air d'une chambre de malade. »

Mais si nous ne pouvons purifier l'air qui est devenu infect, nous devons empêcher qu'il ne le devienne. Dans mon opinion, l'application des désinfectants doit se limiter aux substances solides et liquides, jamais aux gaz; et je considère toute tentative de purification de l'air d'une chambre de malade au moyen de désinfectants volatils comme devant nécessairement échouer. A l'appui de cette opinion, je citerai les instructions officielles du gouvernement anglais sur l'emploi de l'acide sulfureux, et qui se terminent par ces mots : « A moins que l'atmosphère ne soit si complétement imprégnée de ces vapeurs qu'un homme ne puisse y respirer, même un moment, la désinfection ne sera pas efficace. » D'après cela, il est assez évident que la soi-disant désinfection de l'atmosphère est employée pour agir sur les murs, le mobilier, etc., et non pas pour la purification de l'air, car si on le rend impropre à la respiration, il faudra s'en débarrasser avant que la chambre soit habitable. Nous ne pouvons désinfecter l'air à moins de le rendre en même temps impropre à la vie humaine.

---

que l'une des choses qui s'opposent le plus à leur marche, c'est l'inutilité des efforts de celles qui fonctionnent à obtenir la répression de l'exercice illégal de la médecine? Étant donné le mandat administratif que réclament les Sociétés locales en Seine-et-Marne, n'est-on pas fondé à croire ici que l'intervention régulière de la profession, doublant ses forces, deviendra plus efficace à remplir le but, en vain poursuivi jusqu'à ce jour, et que cette efficacité même sera un stimulant, pour le corps médical, à se constituer en Sociétés locales?

A propos de Sociétés locales, il paraît que j'ai été pris très-vivement à partie par l'honorable président de la Société locale de la Savoie, à cause, sans doute, de mon attitude dans ce journal dans la question de l'inspectorat des eaux minérales. Je dis il paraît, au dubitatif, car le compte rendu de cette Société a été adressé à tout le monde, excepté à moi-même, ce qui n'est ni poli ni libéral. De sorte que je n'ai pas encore lu ce discours, qu'on me dit être très-accentué, et que je ne peux prévoir de quelle façon il faudra que je réponde et même si je dois répondre. Mais, *à priori*, je trouve un peu extraordinaire qu'on fasse intervenir le journaliste dans un compte rendu de Société locale, alors surtout que ce journaliste n'a fait que soutenir et reproduire les opinions adoptées, sans contradiction aucune, par l'assemblée générale de l'Association. Tout cela est à voir, mais avec une certaine indulgence pour les défenseurs malheureux d'une cause perdue devant l'opinion.

Ce n'est pas tout, et sur les cinquante-deux semaines de l'année, il en est quelques-unes qui ne sont pas agréables. Telle a été la semaine dernière où, indépendamment de la véhémente apostrophe du président de la Savoie, mes idées sur les petites voitures des enfants auraient trouvé, m'a-t-on dit, un contradicteur dans un éminent critique, M. Francisque Sarcey. Je n'ai pas lu son article et je ne peux me rappeler le titre du journal dans lequel il a été publié. Je ne doute pas que mon spirituel Aristarque n'ait produit en faveur de ces petits

Un dernier point qu'il nous faut considérer, c'est que le désinfectant que nous choisissons puisse être employé partout et pour tout; on doit pouvoir s'en servir pour désinfecter l'eau, les maisons, les hôpitaux, et surtout les matières organiques en décomposition. Il ne faut pas non plus que ses effets soient nuisibles à l'économie et que, tout en détruisant les germes organiques, il ait une action délétère sur l'homme.

Nous allons maintenant examiner sommairement les principaux désinfectants et les antiseptiques les mieux connus.

(*La suite à un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ATROPHIE AIGUE DES CELLULES MOTRICES (paralysie infantile spinale, — paralysie spinale aiguë de l'adulte), par A. PETITFILS, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien externe des hôpitaux. Ad. Delahaye, 1873.

Les études anatomo-pathologiques, ardemment poursuivies par notre génération, jettent chaque jour quelque lumière nouvelle sur la pathologie, et répondent à leurs détracteurs en débrouillant peu à peu le chaos des formes cliniques, en restreignant le nombre des entités arbitrairement créées, ou en confirmant la justesse des descriptions synthétiques déjà proposées par des cliniciens hors ligne. Cette vérité nous paraît inscrite dans le travail de M. Petitfils. C'est une étude critique sur plusieurs affections spinales savamment étudiées depuis quelques années par les Duchenne, les Charcot, les Vulpian, etc., et qui, d'abord décrites à un point de vue exclusivement clinique, comme cela devait être, et dénommées d'après leurs principaux symptômes, peuvent être aujourd'hui, grâce aux progrès des investigations histologiques, réunies en un groupe mieux défini, et comprises sous une vue d'ensemble qui en facilite l'intelligence.

On peut, dès aujourd'hui, établir une étroite relation entre les maladies décrites sous les noms suivants : *paralysie infantile spinale* ou paralysie atrophique de l'enfance (Duchenne), *paralysie spinale aiguë de l'adulte*, *paralysie ascendante aiguë* (paralysie générale spinale antérieure subaiguë de Duchenne), *atrophie musculaire progressive*. Ces quatre affections, dont les noms ne concordent pas, parce que les liens qui les unissent ont été longtemps méconnus, dépendent d'une lésion commune, l'atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle. Tel est le grand fait anatomique qui les domine, et qui rend compte des deux phénomènes cliniques essentiels, paralysie et atrophie musculaires. Ainsi, sans méconnaître les points encore obscurs dans une étude si complexe, nous sommes déjà en possession d'une

---

véhicules des arguments nouveaux et meilleurs que ceux déjà produits et qui se réduisent à celui-ci : La petite voiture est excellente pour la mère, pour la nourrice et pour la bonne qu'elle exonère d'une grande fatigue. Je n'ai pas dit le contraire, mais ce que je voudrais qu'on me prouvât, c'est qu'elle est excellente aussi pour le petit enfant. C'est ce qu'aura probablement fait M. Sarcey, avec cette sûreté de main, cette finesse de trait, cette délicatesse de style, ce goût et cet esprit qu'il apporte dans l'appréciation d'une œuvre dramatique ou littéraire.

Cependant, et pour me consoler de n'avoir pas su convertir à mes idées un si aimable et si charmant esprit, je vais reproduire un fragment d'une lettre qu'a bien voulu m'adresser un confrère de Normandie aussi honorable que distingué, et dont la compétence sur une question d'hygiène et de physiologie, j'en demande bien pardon à M. Sarcey, est au moins égale à la sienne :

« Permettez-moi, m'écrit mon cher correspondant, de vous dire aussi ma pensée sur les petites voitures. Comme vous, je condamne l'usage de ces véhicules. Mais tout ce que vous, moi et bien d'autres pourront en dire ne servira de rien. Si l'usage des petites voitures pour les bébés leur est pernicieux et peut nuire à leur développement physique et moral, il est, d'un autre côté, très-commode pour les grandes personnes; il est surtout fort à la mode. Ce mot dit tout. Notre croisade est jugée d'avance, et nous prêcherons dans le désert.

« Et cependant la vérité est que c'est un usage blâmable. Nous ne serons pas brûlés pour soutenir cette vérité-là. Continuez donc votre œuvre et laissez-moi y apporter ma petite pierre.

« Dans l'éducation de l'enfance, il ne faut rien négliger, et l'on ne saurait s'y prendre trop tôt. Quand un jardinier intelligent veut qu'un arbre prenne une forme, une direction qu'il a rêvée, c'est aux premières pousses, aux premiers jets qu'il s'adresse pour accomplir son des-

classification naturelle; nous savons reléguer au second plan les faits accessoires qui nous voilaient l'unité de la question, comprendre mieux les analogies, rapprocher au lieu de désunir, en un mot nous élever de l'analyse à la synthèse, travail fécond, sans lequel il n'y a pas de question scientifiquement résolue.

L'atrophie *aiguë* des cellules motrices amène la paralysie et l'atrophie musculaires, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte. Dans les deux cas, c'est la même maladie, ce sont les mêmes symptômes commandés par une lésion unique. Aucune différence essentielle ne sépare la paralysie atrophique de l'enfance et la paralysie spinale aiguë de l'adulte. On trouve cette opinion nettement exprimée dans l'*électrisation localisée* de Duchenne, dans les leçons de Charcot à la Salpêtrière, mais fondée seulement sur les signes cliniques. Un fait publié récemment par M. Gombault dans les *Archives de physiologie* (1873, n° 1), est venu la confirmer, en montrant la lésion cellulaire qu'on n'avait pas encore trouvée dans la paralysie spinale aiguë de l'adulte. La lésion offre-t-elle, au contraire, une évolution chronique, alors on observe l'affection nommée jusqu'ici *atrophie musculaire progressive*. Entre ces deux formes se place, au point de vue de sa marche, la maladie désignée par les auteurs sous le nom de *paralysie ascendante aiguë*, et pour laquelle l'expression un peu compliquée de Duchenne, *paralysie générale spinale antérieure subaiguë*, paraît désormais inutile. Ainsi, trois ordres de faits seulement, suivant que la lésion centrale suit une marche aiguë, subaiguë ou chronique. Les phénomènes cliniques divers se rattachent tous à l'*atrophie des cellules motrices*; au lieu de plusieurs *espèces ontologiques* mal définies, nous avons un *fait anatomique univoque*, d'où dépendent divers *états morbides* très-analogues entre eux.

Tel est le point de vue auquel s'est placé M. Petitfils. C'est là le côté vraiment utile de son travail, d'avoir réuni dans une étude d'ensemble les faits qui se rattachent à l'atrophie des cellules motrices, et spécialement à l'atrophie aiguë. Il a su tirer parti, pour défendre son opinion, des plus importants travaux publiés sur la matière, des recherches de Duchenne, des leçons de Charcot, des observations de Charcot et Joffroy, de Parrot et Joffroy, de Roger et Damaschino, etc. Nous chercherons à donner, en quelques mots, une idée de la distribution de son travail, sans entrer dans une analyse approfondie, qui n'apprendrait rien de nouveau à ceux qui connaissent la question, et sans doute manquerait de clarté pour ceux qui l'ignorent.

Toutes les *lésions anatomiques* qu'on trouve dans la paralysie infantile spinale sont d'abord passées en revue. Leurs aspects divers, leur degré de fréquence sont soigneusement indiqués. L'auteur met surtout en lumière l'atrophie des cellules des cornes antérieures, c'est-à-dire la lésion parenchymateuse, puis les désordres qui surviennent du côté de la névroglie et des vaisseaux, c'est-à-dire la lésion interstitielle. Il note les foyers de ramollissement inflammatoire auxquels certains auteurs ont attaché une importance probablement exagérée au point

---

sein. Si une mère veut s'assurer l'affection tendre de son enfant, qu'elle le nourrisse, qu'elle le porte, qu'elle le fasse jouer elle-même, qu'elle lui apprenne à lui sourire :

Incipe parve puer risu cognoscere matrem.

« Si, ne pouvant pas nourrir, elle veut néanmoins que son enfant soit bon, affectueux, aimable et gracieux, si elle veut le disposer à aimer et à être aimé, qu'elle confie ces tendres soins à une nourrice qui s'en acquitte comme elle-même. Mais que jamais elle ne le délaisse pour le porter dans une petite voiture; car il n'y apprendrait à voir, à aimer que les objets brillants et de luxe. L'éducation du cœur serait manquée; cet enfant sera dans l'avenir un cœur sec, un parfait égoïste.

« Au physique, on ne réussirait pas mieux : l'enfant, voituré, ne prendra aucune souplesse, aucune agilité, aucune force dans ses membres; il sera presque toujours gauche dans ses mouvements. A l'usage de la petite voiture pendant l'enfance, ajoutez l'usage des chemins de fer et des omnibus pour les adolescents, vous aurez à 20 ans des soldats ressemblant à la plupart de nos mobiles pendant la dernière guerre, pleins de courage à la vérité, mais impuissants à vaincre, parce qu'ils ne sauront pas marcher, et qu'ils ne pourront supporter des étapes ni longues ni nombreuses..... »

Voilà que la question s'agrandit. Il est certain que les facilités de la locomotion augmentant sans cesse, l'homme civilisé se déshabitue de plus en plus de la marche, et que bientôt il ne saura plus marcher. Les physiologistes futurs auront d'intéressantes observations à faire. En attendant, mes chers contemporains, permettez-moi de vous répéter ce que je vous disais au début de mes réflexions sur les petites voitures : « Marchez, marchez aussi souvent et aussi longtemps que vous le pourrez; vous vous éviterez ainsi des maladies et des infirmités. »

Dr SIMPLICE.

de vue pathogénique. Puis il décrit les lésions périphériques consécutives, altérations dans les os, dans les muscles, dans les vaisseaux, dans les nerfs.

Passant ensuite à l'examen du fait de M. Gombault, il montre que dans la paralysie spinale aiguë de l'adulte, la lésion centrale est la même que dans celle de l'enfance, et confirme ainsi le rapprochement qu'il avait annoncé entre ces deux formes.

L'*étude pathogénique* offre une importance capitale. L'auteur rappelle en quelques mots l'ancienne opinion, qui plaçait dans les muscles l'origine du mal, montre comment les observateurs arrivèrent à admettre la lésion centrale primitive, d'abord dans la paralysie atrophique de l'enfance, puis, par induction, dans celle de l'adulte; et comment ils divergèrent d'opinions sur le degré d'importance et la subordination des désordres anatomiques. Ainsi, MM. Roger et Damaschino, d'après les faits qu'ils ont observés, pensent que la lésion interstitielle est primitive, et que les foyers de ramollissement signalés plus haut amènent à leur suite l'atrophie des cellules motrices. M. Petitfils, s'inspirant des leçons de Charcot et des observations de MM. Charcot et Joffroy, Parrot et Joffroy, Lancereaux et Pierret, établit, dans une longue discussion : 1° que l'*atrophie des cellules motrices des cornes antérieures est un fait constant*; 2° que l'*altération de la cellule nerveuse motrice est le point de départ du processus, la lésion primitive.* En effet, comment expliquer autrement les faits dans lesquels l'atrophie cellulaire a été la seule lésion constatée? Sans doute, dans quelques faits exceptionnels, la lésion interstitielle a paru plus avancée que la lésion parenchymateuse. Il y a donc lieu d'admettre que quelquefois la myélite est générale d'emblée, que l'élément noble et la névroglie se prennent en même temps; peut-être même peut-on admettre que rarement la phlegmasie interstitielle est l'altération primitive. Mais, toutes réserves faites pour ces cas exceptionnels d'atrophie consécutive, qui viennent prouver une fois de plus que nos classifications ne sauraient embrasser tous les faits, il reste bien établi, par un ensemble déjà imposant d'observations, que les paralysies atrophiques étudiées dans ce travail sont, d'une façon générale, le résultat d'une lésion cellulaire primitive.

Viennent ensuite d'intéressantes considérations de *physiologie pathologique*, où l'auteur analyse et explique le mode de début de la paralysie infantile, la phase secondaire d'amendement et parfois de disparition des symptômes paralytiques, la nature et le mécanisme des troubles trophiques de la périphérie, etc.

Sous la rubrique *symptomatologie*, l'auteur consigne une série d'observations de paralysie infantile et de paralysie spinale aiguë de l'adulte. Puis il discute les relations de la paralysie ascendante aiguë avec les deux formes précédentes, pour en faire, comme nous l'avons dit plus haut, une forme intermédiaire, par sa marche, entre l'atrophie cellulaire aiguë et l'atrophie cellulaire chronique (atrophie musculaire progressive).

En résumé, ce qui nous a paru surtout intéressant dans ce travail, soigneusement fait et bien présenté, c'est la tendance, aujourd'hui légitime, à rapprocher plusieurs ordres de faits qui, jusqu'à ces derniers temps, avaient été dissociés, faute de notions pathogéniques suffisantes, et à en faire une *unité pathologique.* Il faut qu'à de certains moments, et lorsqu'une question est mûrie par des travaux analytiques suffisamment nombreux, de bons esprits s'en emparent et en fassent la synthèse, complétant ainsi et justifiant, par une saine critique, les efforts des investigateurs. C'est à ce titre que la thèse inaugurale de M. Petitfils nous a paru recommandable.

L.-Gustave RICHELOT,
Aide d'anatomie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Milne-Edwards, au nom de MM. G. Carlet et Strauss, présente une note sur le fonctionnement de l'appareil respiratoire après l'ouverture de la paroi thoracique. Les auteurs s'expriment ainsi :

« Une question souvent débattue en médecine est celle de l'opportunité de l'opération de l'empyème, dans les cas d'épanchements purulents de la plèvre. Les dissidences qui se manifestent encore tous les jours à cet égard tiennent, sans aucun doute, à ce que les phénomènes physiques qui se passent dans l'appareil pulmonaire, à la suite de cette opération, n'ont pas été soumis au contrôle des procédés exacts de la méthode expérimentale.

« La question à résoudre est celle-ci : après l'ouverture de la plèvre, le poumon reste-t-il immobile, ou se meut-il dans une certaine mesure? »

MM. Carlet et Strauss ont entrepris une série de recherches sur un malade de l'Hôtel-Dieu, appartenant au service de M. le professeur Béhier; c'était un homme de trente ans, entré à

l'hôpital pour une pleurésie purulente, qui nécessita l'opération de l'empyème. Trois mois après, au moment des expériences, cet homme présentait encore un trajet fistuleux de la grosseur du petit doigt, par lequel on pouvait faire pénétrer dans la plèvre un tiers de litre de liquide. L'état excellent dans lequel le sujet se trouvait alors, lui a permis de se livrer, sans aucune fatigue, aux explorations dont il fut l'objet.

Il résulte des tracés obtenus à l'aide des pneumographes de Marey, tracés qui sont mis sous les yeux des membres de l'Académie, qu'après l'ouverture de la cage thoracique :

1° Le poumon du côté lésé suit, dans une certaine mesure, les mouvements de la cage thoracique, se développant pendant l'inspiration et se rétractant pendant l'expiration ; il se comporte donc, à l'amplitude près, comme le poumon sain.

2° Pendant l'occlusion de l'ouverture thoracique, il y a exagération des phénomènes précédents, et, par suite, on devra, après l'opération de l'empyème, tenir la plaie fermée, aussi hermétiquement que possible, au moyen d'un appareil en caoutchouc.

3° Les efforts répétés, après l'opération, constituent une sorte de gymnastique pulmonaire que le médecin pourra utilement employer.

M. Boussingault communique une lettre de M. le docteur Bergeret, relative à l'influence des sulfates sur la production du goître, à propos d'une épidémie de goître observée dans une caserne de Saint-Étienne.

« Avant 1835, dit l'auteur, tous les habitants de Saxon (Valais) étaient goîtreux ou crétins. Ils buvaient alors une eau qui coule sur un banc de gypse d'une étendue de 8 à 10 kilomètres, situé à 200 ou 300 mètres au-dessus du pays. Cette eau contenait, d'après l'analyse de M. le professeur Brauns (de Sion), 1 gr. 02 de sulfate de chaux et 0,19 de sulfate de magnésie par litre. En 1835, les habitants de Saxon eurent l'heureuse idée d'amener dans leur village l'eau des *Mayens*, situés au-dessus du banc de plâtre. Depuis cette époque, le nombre des goîtreux a considérablement diminué; les enfants ne le sont plus, et, avant peu, la maladie aura probablement disparu. »

Maintenant, comment expliquer le goître épidémique de Saint-Étienne? L'eau de cette ville est la plus pure que l'on puisse imaginer ; elle est trop pure; elle ne précipite ni par les sels de baryte, ni par ceux d'argent, ni par l'ammoniaque; les photographes s'en servent comme d'eau distillée; c'est de l'eau de pluie qui coule sur les roches primitives du mont Pilat.

Voici l'explication, singulièrement ingénieuse, que donne M. Bergeret de l'apparition du goître dans ces conditions : « La cause de production du goître me paraît être ici l'excès des sulfates mis en circulation dans le sang par une détrophie musculaire exagérée, qui a l'exercice forcé pour cause. En effet, pour que la santé d'un adulte soit bonne, il faut que tous les jours, à la même heure, il ait le même poids, ainsi que le fait remarquer M. Chevreul dans sa *Méthode à posteriori* (p. 245). Ceci veut dire que les éléments anatomiques, les tissus, les organes, en un mot, reçoivent des principes assimilables en poids égal à celui qu'ils détruisent incessamment, pour entretenir la chaleur animale et pour produire le tavail mécanique qu'on leur impose. Si la recette n'égale pas la dépense, il y a consomption, anémie. C'est ce qu'on observe sur les soldats goîtreux de la caserne, qui sont soumis à un travail exagéré et qui n'ont pas une alimentation en rapport avec la force qu'ils dépensent. Il y a là un phénomène qui présente une certaine analogie avec ce qui s'est passé chez les ouvriers français lors de la construction du chemin de fer du Nord, et plus tard dans l'usine Talabot, dans le Tarn.

« D'un autre côté, on sait que, lorsqu'un muscle travaille avec force et continuité, ou lorsqu'il est soumis un certain temps à l'action d'un courant électrique continu, ce muscle, en brûlant sa propre substance, devient acide, et que les acides produits sont l'acide sulfurique et l'acide phosphorique, aux dépens du soufre et du phosphore que renferment les principes albuminoïdes. Dans les conditions de travail exagéré, un homme a donc en circulation dans le sang une quantité anormale de sulfates, absolument comme s'il buvait des eaux plâtreuses.

« C'est ce qui a lieu chez les soldats goîtreux de la caserne. »

Il cite, à l'appui de cette théorie, des analyses d'urine qui montrent que le précipité sulfaté y est trois ou quatre fois plus abondant pendant la période d'état du goître qu'à l'état normal. C'est ensuite l'urine du début, puis celle de la convalescence qui laisse déposer le plus de sulfates. Il termine sa lettre en disant que, pour lui, le goître semble résulter de la présence en excès des sulfates dans le sang, soit qu'ils viennent du dehors avec l'eau ingérée, soit qu'ils naissent dans l'organisme par désassimilation exagérée des muscles.

Dans un prochain *Bulletin*, nous verrons l'explication que M. Larrey propose pour le même fait. — M. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 septembre 1873. — Présidence de M. Lailler, vice-président

SOMMAIRE. — *Marche des deux dernières épidémies de choléra :* M. Brouardel. — *Observations* sur la communication de M. Hayem : M. Desnos. — Correspondance. — *Note sur l'épidémie actuelle de choléra*, par M. Ernest Besnier. — *Discussion sur l'utilité d'ouvrir des hôpitaux spéciaux pour les cholériques* : MM. Ball, Isambert, Léon Colin, Brouardel, Martineau, Ferrand, Ernest Besnier, Moissenet, Bergeron, Lailler, Hayem, Labbé, Cornil, Marrotte, Proust. — *Des lésions anatomiques du choléra*, par M. Renaut.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'ocasion du procès-verbal, M. Brouardel communique à la Société des renseignements officiels sur la marche des deux dernières épidémies de choléra à leur début, et il remet sur ce sujet une note qui a été publiée.

—

M. Desnos : Messieurs, je considère les recherches d'anatomie pathologique qui vous ont été exposées dans la dernière séance par M. Hayem et par M. Raynaud comme très-intéressantes, d'autant plus intéressantes qu'elles viennent confirmer des résultats obtenus antérieurement par d'autres observateurs. Mais, pour une partie d'entre elles du moins, elles ne font que les confirmer.

Dès 1867, dans mon travail sur le choléra, j'avais décrit d'après les travaux de Buhl, de Förster, de Robin (d'Anger), de Ranvier et Cornil, l'hyperémie considérable des villosités intestinales, les énormes desquamations épithéliales dont elles sont le siége ; j'avais rappelé que l'augmentation des follicules clos de l'intestin qui constitue la psorentérie était due à une hypergénèse de leurs éléments normaux, à une accumulation dans leur cavité d'une grande quantité de noyaux ou de cellules contenant plusieurs noyaux ; j'avais tracé en un mot le tableau d'un ensemble de lésions qui constituent dans une très-grande étendue de l'intestin le catarrhe spécifique du choléra et en représentent la lésion essentielle.

J'avais également adopté cette théorie pathogénétique des phénomènes du choléra qui fait découler des déperditions de liquides dont l'intestin est le siége la série des symptômes de cette maladie, quelle que soit la cause première de la desquamation. J'avais montré comment, de la transsudation à travers les vaisseaux de l'intestin dépouillés de leur épithélium, du sérum ou du moins d'une partie de ses éléments, et particulièrement de l'eau, dérivent l'épaississement du sang, son ralentissement dans les vaisseaux, et, par suite, de nombreux troubles de circulation, d'hématose, de calorification, de sécrétion, de nutrition et d'innervation.

En présentant ces réflexions, je ne réclame rien pour moi des découvertes d'anatomie et de physiologie pathologiques auxquelles je fais allusion ; mais je ne voudrais pas que, par suite d'une distraction, on pût croire qu'on a considéré comme absolument nouveaux, dans le sein de cette Société, des résultats déjà acquis par des recherches antérieures entreprises en France et à l'étranger. Cela n'enlève rien, du reste, au mérite des observations de MM. Hayem et Raynaud qui, au point de vue de l'hématologie, ont ajouté à ce qu'avaient trouvé leurs devanciers.

—

La correspondance imprimée comprend :

1° *Instruction générale concernant les mesures préventives à prendre contre le choléra*, rédigée par une commission du Comité consultatif d'hygiène. Paris, 1871.

2° *Archives de médecine navale*, n° 3, 1873.

3° *Gazette médicale de Bordeaux*, n°s 14 et 18, 1873.

4° *Revue médicale de Toulouse*, n° 9, 1873.

5° *Bulletin médical du Nord*, n° 8, 1873.

6° *Tribune médicale*, n°s 265 et 266, 1873.

7° *Journal d'oculistique*, n° 7, 1873.

8° *Mouvement médical*, n°s 37 et 38, 1873.

9° *Lyon médical*, n°s 8, 15, 16, 17, 18, 19, 1873.

10° *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, n°s 4, 5, 6 et 7, 1873.

11° *Épidémie cholérique observée dans les communes de Condé, Vieux-Condé, Fresnes et Escaupont pendant l'année* 1866, par le docteur Bourgogne fils. Bruxelles, 1871.

12° *Du cuivre contre le choléra*, mémoire présenté à l'Académie de médecine, par le docteur Burq, et *Instruction pour le traitement préservatif et curatif*, par le même. Paris, 1873.

—

M. Ernest Besnier lit une troisième note sur l'épidémie actuelle de choléra dans les hôpitaux civils et militaires. (Voyez Union Médicale des 30 septembre et 2 octobre.)

L'ordre du jour appelle la discussion sur la proposition suivante : *Y a-t-il utilité ou non d'installer un hôpital spécial de cholériques ?*

M. Ball : Messieurs, ce ne sera point sortir de la discussion que de vous apporter la relation d'une petite épidémie de choléra qui s'est déclarée dans la salle Saint-Antoine, et qui a motivé, ce matin même, l'évacuation complète de cette salle.

On sait que la disposition des lieux, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, comporte la réunion, sous le même toit, de deux salles distinctes, mais qui communiquent librement. La première, qui comprend 8 lits, est une *crèche* destinée aux nourrices et aux femmes récemment accouchées : elle renfermait, au moment de l'épidémie, une population de 18 personnes, en comptant les mères et les nourrissons. La seconde est consacrée aux malades ordinaires : elle comprend 24 lits. A l'extrémité du service se trouve une petite salle isolée qui peut servir à séparer certaines malades de leurs voisines. En somme, la population totale de Saint-Antoine peut être évaluée à 40 personnes en temps ordinaire, et lorsque la salle n'est pas encombrée de brancards supplémentaires.

Le 12 septembre, une femme tout récemment accouchée est entrée à la crèche avec son nouveau-né : elle se trouvait dans un assez fâcheux état de santé, et avait beaucoup souffert de la misère.

Le 13 septembre, le nourrisson est pris de choléra infantile ; il meurt le lendemain.

Le 15 septembre, la mère est prise d'un choléra confirmé. Suivant les règles suivies à l'Hôtel-Dieu, les nourrices qui ont perdu leur enfant sont transportées dans la salle ordinaire. C'est là que j'ai trouvé cette malade le lendemain matin. La situation paraissait très-grave : elle était dans l'état puerpéral ; il était dangereux de la transporter, et j'ai cédé à un sentiment d'humanité en lui permettant de rester dans le service.

Le 16 septembre, deux cas de choléra se déclaraient dans la salle commune. Un de ces cas a été foudroyant ; il a débuté sans prodromes, et s'est terminé par la mort en quelques heures.

Le 17 septembre, un cinquième cas de choléra s'est déclaré dans la crèche, chez une nourrice. Le lendemain, il s'est produit un deuxième cas de choléra infantile, qui a été promptement mortel.

Depuis cette époque, il s'est développé un grand nombre de diarrhées chez les malades de la salle, bien que, sur ma demande, l'Administration eût renoncé à y admettre de nouveaux sujets.

Hier, une femme hystérique, depuis longtemps atteinte de diarrhée, a été prise de choléra et transportée dans le service spécial.

Enfin, ce matin, un nouveau cas de choléra se déclare à la crèche, et la femme qui avait été le point de départ de l'épidémie, et qui habitait la salle isolée depuis le 17 courant, a succombé en pleine période de réaction.

En présence de ces faits, en présence d'une épidémie qui avait frappé 8 individus sur une population de 40 malades, et qui, sur ces 8 cas, avait donné 4 décès, j'ai demandé, et obtenu de M. le Directeur général, l'évacuation complète de la salle Saint-Antoine, devenue le foyer d'une infection trop évidente.

En même temps, nous avons suggéré à l'Administration, M. Liouville et moi, l'idée de créer un service intermédiaire destiné à recevoir les cas de diarrhée suspects, afin de ne pas envoyer directement dans une salle de cholériques des malades qui ne sont pas encore atteints par l'épidémie, et dont la présence dans les salles peut être dangereuse pour leurs voisins. C'est, en effet, avec la plus grande répugnance que ces malades se laissent transporter dans le service spécial ; on est assailli de supplications auxquelles il est souvent difficile de résister ; et, dans l'intérêt du malade, on cède quelquefois à ses prières et l'on est trop souvent réduit à regretter d'avoir obéi à ce sentiment d'humanité. C'est précisément ce qui nous est arrivé dans les circonstances dont je viens de vous entretenir.

M. Isambert : A l'hôpital Saint-Antoine, on a réservé des salles spéciales pour les cas simplement suspects ; les malades y sont maintenus jusqu'à ce que des phénomènes confirmés permettent de les diriger, soit sur le service spécial des cholériques, soit sur les salles ordinaires. Quelle que soit la détermination à intervenir sur la création d'un hôpital spécial, cette mesure des salles d'attente pour les malades suspects est très-pratique et mérite d'être recommandée.

M. Léon Colin croit qu'il y aurait grand avantage à soustraire aux hôpitaux ordinaires le plus grand nombre possible de cas de choléra extérieurs ou intérieurs. Il y a certainement une part à faire à la contagion, et, dès lors, il faut tâcher de faire un isolement sérieux des malades, soit dans un hôpital spécial, soit dans des pavillons séparés des services ordinaires.

M. Brouardel : Il paraît bien acquis, d'après le sentiment général des membres de la Société, qu'il ne faut pas laisser les cholériques en communication avec d'autres malades. Si

ce point est bien acquis, il n'y a qu'une question à discuter : Quelles sont les mesures à prendre pour pratiquer l'isolement ?

M. MARTINEAU : Ce qui s'est passé à la Pitié viendrait un peu à l'encontre des conclusions auxquelles conduisent les faits rapportés par M. Ball. Il n'y a guère eu dans cet hôpital que six cas de choléra ; on ne les a pas isolés, et cependant on n'a pas vu se développer d'épidémie intérieure. Tout en ne niant pas que les cas intérieurs puissent résulter d'une propagation directe de la maladie, on peut se demander aussi si ces cas ne sont pas dus à ce que l'hôpital lui-même est un foyer favorable au développement de la maladie. On peut voter l'isolement des cholériques, mais il ne faudrait pas affirmer que, sans lui, la propagation de la maladie dans les hôpitaux soit forcée.

M. FERRAND ne combat pas l'isolement, mais il croit aussi qu'il ne faut pas être trop affirmatif sur la question de propagation par contagion dans les hôpitaux. A l'Hôtel-Dieu, il dirige une salle de femmes voisine du service des cholériques ; il y a des communications continuelles entre les deux services, et cependant il n'a observé qu'un cas intérieur, alors qu'il y en a eu un assez grand nombre dans d'autres services plus éloignés. Il faut tenir grand compte de l'état antérieur des malades atteints par les accidents épidémiques et ne pas tout imputer à la propagation directe de la maladie.

M. COLIN se demande quel est l'établisssement qu'on pourrait choisir pour en faire un hôpital spécial de cholériques. Certains établissements paraissent réfractaires au développement des cas intérieurs ; ne pourrait-on pas tirer de la marche même de l'épidémie actuelle des données sur le choix à faire ?

M. Ernest BESNIER : Ce serait plutôt d'après les épidémies antérieures qu'on pourrait déterminer quel est l'hôpital le plus favorable. D'après les probabilités, ce seraient sans doute Cochin, le Midi ou Lourcine.

Relativement à la question soulevée incidemment tout à l'heure, M. Ferrand pourrait encore, à l'appui de la thèse qu'il vient de soutenir, tirer un argument de ce fait que, dans plusieurs hôpitaux, ce sont des cas intérieurs qui se sont montrés en premier lieu.

M. MOISSENET : A l'appui de ce qu'a dit M. Ferrand, je pourrais ajouter que, dans un autre service de femmes desservi par les mêmes sœurs que le service des cholériques, et où les malades elles-mêmes ne se font pas faute d'aller dans le service spécial, il n'y a eu jusqu'ici qu'un cas de cholérine ; donc, ici encore, il n'y a pas eu de transmission directe. Cependant il ne faudrait pas arguer de ces faits pour se ranger avec les anticontagionnistes. Au point de vue de la prophylaxie du choléra, il est certain que l'isolement est un des meilleurs moyens ; notre collègue, M. Proust, l'a récemment encore démontré dans son excellent ouvrage sur l'*Hygiène internationale*. Je me suis entretenu des mesures à prendre avec M. le directeur de l'Assistance publique et je lui ai montré que, dans plusieurs hôpitaux, l'isolement qu'on pratiquait était insuffisant. Nous avons cherché aussi quel établissement on pourrait choisir pour en faire un hôpital central ; le choix de l'hospice de la rue de Sèvres nous a paru difficile à réaliser. Nous avons songé aux postes-casernes.

Dans certains hôpitaux, on a pu consacrer des pavillons séparés aux cholériques ; mais dans quelques autres, à l'Hôtel-Dieu notamment, cela est impossible. J'ai proposé à M. Blondel de créer, dans les bâtiments du nouvel Hôtel-Dieu, des salles pour les cholériques ; M. Blondel est disposé, s'il y a lieu, à aviser et à se tenir prêt à tout événement.

M. BERGERON : La discussion ne me paraît pas se renfermer dans les termes de la question. Il y a deux points à établir et à voter : L'isolement est-il nécessaire ? Si oui, quels sont les moyens de le réaliser ? Il faudrait d'abord voter sur le premier point. M. Brouardel avait bien posé la question, il pourrait la formuler.

M. BROUARDEL formule la proposition suivante : « La Société des médecins des hôpitaux est d'avis qu'il y a lieu de pratiquer immédiatement l'isolement des malades atteints de choléra, de cholérine ou de diarrhée suspecte. »

Cette proposition est votée à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT propose de s'occuper maintenant du mode d'isolement. Faut-il des hôpitaux spéciaux ? Faut-il des services spéciaux dans les hôpitaux communs ?

M. HAYEM : Il y aurait de très-grandes difficultés à se contenter d'un seul hôpital spécial, alors que l'épidémie est déjà très-disséminée. Outre l'intérêt de la population saine, il y a l'intérêt des cholériques qu'on ne pourrait sans danger transporter à une grande distance. M. Hayem croit que le mieux serait d'avoir des asiles spéciaux dans chaque quartier.

M. LAILLER propose de discuter d'abord l'isolement dans les hôpitaux existants.

M. BERGERON : Ce point n'est plus à discuter, il a été résolu par le vote de tout à l'heure ; il faut s'occuper de la manière de le pratiquer dans chaque hôpital.

M. Labbé : L'isolement dans chaque hôpital est déjà pratiqué. L'Administration veut-elle ouvrir un hôpital spécial?

M. Isambert : Dans certains hôpitaux, l'isolement est facile, mais dans certains autres, il est presque impossible, par exemple à l'Hôtel-Dieu, à la Charité et à la Pitié. On peut établir des services spéciaux dans les premiers, mais dans les seconds il n'y a pas à y songer. Quant à des établissements nouveaux, on pourrait très-bien en établir, et cela serait facile si on voulait se servir de baraques; on pourrait adresser à ces services nouveaux les cas extérieurs; les cas intérieurs continueraient à être soignés dans les services spéciaux de chaque hôpital.

M. Brouardel croit que l'isolement, tel qu'on le pratique actuellement dans les hôpitaux, est tout à fait insuffisant; il faudrait le faire soit dans des pavillons tout à fait séparés et avec un personnel spécial, soit dans des baraques, soit dans de nouveaux établissements.

M. Cornil est d'avis que le mieux serait d'ouvrir un ou plusieurs hôpitaux spéciaux pour les malades du dehors.

M. Marrotte : Quand même vous aurez des hôpitaux spéciaux, cela ne vous dispensera pas d'avoir des services dans chaque hôpital pour les cas intérieurs, pour les cas urgents et pour les cas du voisinage. Il y aurait donc nécessité d'établir les deux ordres de services.

M. Bergeron formule la proposition suivante : « La Société des médecins des hôpitaux considère comme illusoire l'isolement pratiqué dans des bâtiments consacrés au traitement des maladies communes. En conséquence, elle émet le vœu que, dans tous les hôpitaux où on ne pourra disposer de pavillons isolés, on installe des baraques ou des tentes exclusivement consacrées, les unes aux cas de choléra douteux, les autres aux cas de choléra confirmé. »

M. Proust insiste pour que ces mesures soient prises immédiatement. Nous ne différons avec l'Administration que sur la question d'opportunité; si on veut circonscrire le choléra, il faut le faire avant que les germes épidémiques soient disséminés partout.

La proposition de M. Bergeron est mise aux voix et votée à l'unanimité.

M. Lailler : Il reste maintenant à discuter si l'on doit, outre les services spéciaux dans chaque hôpital, ouvrir des hôpitaux spéciaux.

Cette question est renvoyée à la prochaine séance.

— M. Renaut fait une communication sur les *lésions anatomiques du choléra étudiées au microscope*. Ce travail sera publié.

Le Secrétaire : Ch. Fernet.

Éphémérides Médicales. — 11 Octobre 1818.

Naissance, à Paris, de Louis-André-Ernest Cloquet, fils aîné d'Hippolyte Cloquet; médecin consulaire du shah de Perse, Méhémet-Shah. La mort l'enleva à Téhéran au mois de novembre 1855, empoisonné accidentellement par une décoction de cantharides. Il n'était âgé que de 37 ans. — A. Ch.

Bulletin du choléra. — L'épidémie continue à décroître en Italie, du moins dans le foyer primitivement envahi, c'est-à-dire dans les provinces de Venise, Trévise et Padoue. Non-seulement le nombre des cas diminue, mais, ce qui est encore mieux, le nombre des décès. Venise a cessé de publier son bulletin sanitaire depuis le 28 septembre. Il y a eu plusieurs jours successifs sans nouvelle invasion dans les deux autres provinces.

Vicence, Vérone et Brescia, à peine touchées, sont entièrement libres aujourd'hui.

Le retour des ouvriers de l'Austro-Hongrie est la cause de la persistance du fléau, surtout dans la province d'Udine. La décroissance est encore moins marquée dans le Frioul, bien que le principal foyer de Lentiai paraisse éteint. On dit qu'il en est de même à Gênes, et que l'épidémie a cessé. Mais ses graves proportions continuent à Naples. A Milan, 7 cas se sont déclarés dans une seule maison du faubourg de la porte Magenta. Des rumeurs ont aussi lieu à Rome sur son invasion. — Y.

Sur les cochons d'Inde. — Ce petit animal, propre et dodu, devrait être employé pour l'alimentation. Beaucoup de personnes y répugnent, parce qu'elles le considèrent à tort comme appartenant au genre rat, mais c'est un préjugé que l'on devrait s'efforcer de détruire. Le cochon d'Inde n'appartient pas non plus aux espèces porcines. Il est timide, incapable de nuire, et se nourrit de végétaux. Sa chair est délicate et nutritive. Comme on l'élève sans beaucoup de difficulté, sa fécondité et l'économie de son alimentation, qui consiste en choux, en raisins, en épluchures, devraient le faire accueillir favorablement sur nos marchés.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES

1866—1873

Cinquième note, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 octobre 1873,

Par M. Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I. État actuel de l'épidémie. *Documents statistiques.* — II. Cas intérieurs et extérieurs. — III. Hôpital militaire du Gros-Caillou : M. le docteur Champenois. — IV. Hôpital du Val-de-Grâce : M. le docteur Kelsch. — V. Institution Sainte-Périne : M. le docteur A. Proust.

Messieurs,

L'épidémie cholérique continue à décroître d'une manière lente, mais régulière, aussi bien dans la ville que dans les hôpitaux civils et militaires, et la journée d'hier, 9 octobre, est des plus satisfaisantes, ainsi qu'on peut en juger par le tableau suivant :

État, par établissement, des malades cholériques admis, entrés et décédés dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, pendant la journée du 9 octobre 1873.

	Existant au matin.	Admissions de l'ex.	Admissions de l'int.	Total.	Total des sorties Sorties.	Décès.	et des décès.	Restant au soir.
Hôtel-Dieu	7	»	»	7	»	»	»	7
Pitié	2	1	»	3	»	»	»	3
Charité	4	»	»	4	»	»	»	4
Saint-Antoine	3	1	»	4	»	»	»	4
Necker	2	»	»	2	»	»	»	2
Beaujon	4	1	»	5	»	»	»	5
Lariboisière	10	»	»	10	1	»	1	9
Saint-Louis	»	1	»	1	»	»	»	1
Enfants-Malades	4	»	»	4	»	»	»	4
Vieillesse (femmes)	1	»	»	1	»	»	»	1
Totaux	37	4	»	41	1	»	1	40

FEUILLETON

Notes de Voyages

AMPHION ; — ÉVIAN ; — AIX-LES-BAINS ; — LA GRANDE-CHARTREUSE ; — ALLEVARD ; SALINS-DE-MOUTIERS ; — BRIDES-LES-BAINS.

....., Nous débarquons à Thonon, la capitale du Chablais, gracieusement assise au bord du lac de Genève, sur une verdoyante colline, d'où la vue embrasse un des plus beaux panoramas du monde. C'est d'abord le Léman avec ses eaux limpides et bleues, véritable mer des Alpes, dont la mouvante étendue semble, d'un côté, se perdre dans l'infini, tandis que de l'autre elle se limite et s'encadre entre deux rives, où tous les genres de beauté, le riant et le grandiose se trouvent à la fois réunis. Puis, en face de nous, le Jura français et vaudois, dont les sommets sont couverts de sombres forêts de sapins, dont le versant et la base, de Genève à Lausanne, sont émaillés de villages, de villas et de châteaux semés au milieu de la plus luxuriante végétation. Derrière nous, enfin, les Alpes savoisiennes avec leurs pentes d'un vert si riche et si varié, et leurs cimes dentelées, tantôt noires et rocheuses, tantôt couronnées de neiges éternelles. Tel est le site de Thonon.

Or, par une splendide soirée du mois de juin, nous suivions la route qui mène à Amphion-les-Bains. Rien n'est plus charmant que cette route : à gauche, le lac et ses éblouissantes perspectives ; à droite, et partout, une nature prodigue et plantureuse, de magnifiques ombrages, des prairies, des troupeaux, des eaux qui murmurent en descendant de la montagne, des champs qui produisent en même temps des moissons, des mûriers et de la vigne, des pampres

Existant le 4 septembre au matin.		»
Entrés jusqu'au 9 octobre au soir.		308
Total des malades traités.		308
Sorties.	78	268
Décès	190	
Restant en traitement.		40

Voici maintenant, pour l'ensemble des hôpitaux, le bilan complet de l'épidémie depuis son début, détaillé dans le tableau suivant :

État, par établissement, des malades cholériques admis, entrés et décédés dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, du 4 septembre au 9 octobre 1873.

	Admissions			Total des sorties			
	de l'ex.	de l'int.	Total.	Sorties.	Décès.	et des décès.	Restant au soir.
Hôtel-Dieu	29	41	70	16	47	63	7
Pitié	7	4	11	3	3	8	3
Charité	14	11	25	5	16	21	4
Saint-Antoine. . . .	20	1	21	10	7	17	4
Necker	14	1	15	5	8	13	2
Beaujon.	29	20	49	10	34	44	5
Lariboisière.	48	24	72	18	45	63	9
Saint-Louis	11	10	21	5	15	20	1
Enfants-Malades . .	14	1	15	6	5	11	4
Sainte-Anne.	»	1	1	»	1	1	»
Maison de santé. . .	4	»	4	»	4	4	»
Vieillesse (femmes).	3	»	3	»	2	2	1
Sainte-Périne. . . .	»	1	1	»	1	1	»
Totaux. . .	193	115	308	78	190	268	40

II. Cas intérieurs et extérieurs. — Aucune des maladies épidémiques et transmissibles qui se rencontrent dans nos hôpitaux ne donne lieu à un nombre de cas intérieurs aussi considérable que le choléra; dans aucune épidémie les cas intérieurs ne présentent cette extrême gravité que nous observons à chaque invasion du

---

courant d'arbre en arbre, s'aventurant dans l'espace et se balançant de tous côtés dans la campagne en capricieux festons, en lianes, en guirlandes légères.

C'est au milieu de cette verdure et à l'ombre de ces bocages que se cachent coquettement les bains d'Amphion. Quel doux et ravissant séjour! Quel contraste avec le tumulte et l'agitation de Paris! Quelle fraîcheur et quel bien-être après la vie dévorante et fiévreuse de la grande ville! Ici tout est calme, riant et gracieux, c'est le repos. Pas d'autre bruit que le chant des oiseaux, que le clapotement des eaux et que la brise dans le feuillage. Des arbres séculaires, des pelouses, des ombrages, des fleurs, et, pour horizon, l'azur du lac.

Sur la rive, et dans les jardins d'Amphion, l'esprit se sent plus frais et plus vif, tout lui retrace de séduisants tableaux, tout le porte à de riantes pensées et à d'ineffables souvenirs de jeunesse et de poésie. Le souffle du vent, l'oiseau qui gazouille, l'insecte qui bourdonne, la vague qui se joue sur la berge, n'est-ce point la lyre d'or du fils de Jupiter et d'Antiope qui frémit amoureusement sous ses doigts inspirés? Et tous ces bruits du soir, ces soupirs et ces plaintes de l'herbe et de la feuillée, ces gémissements de l'air, ces lointains échos de l'espace, ne sont-ce point les doux et mélodieux accents du divin époux de Niobé, alors qu'à sa voix enchanteresse les pierres elles-mêmes accouraient, attendries et charmées?

Aux accords d'Amphion les pierres se mouvaient,
Et sur les murs thébains, en ordre s'élevaient.

Mais fermons nos oreilles à tous ces chants, à toutes ces poésies, et que le prestige fascinateur du nom d'Amphion cesse enfin de nous éblouir et de nous égarer. Oublions l'Amphion de la Fable, le roi de Thèbes, la lyre d'or que Mercure lui avait donnée, et dont il savait tirer des sons d'une si enivrante harmonie. Oublions les vers de Boileau. Fermons aussi les

fléau indien. En traçant devant vous l'histoire épidémique de la variole dans nos hôpitaux en 1870, j'ai pu établir sur des documents irrécusables : d'une part, que la proportion des varioleux intérieurs n'était que de 3,96 p. 100 sur le nombre des varioleux traités, ou de 1 varioleux pris à l'hôpital sur 25 venus du dehors; et, d'autre part, montrer que, bien que ces cas intérieurs de variole portassent sur des malades comme les cas intérieurs de choléra, ils étaient généralement bénins, et ne donnaient lieu qu'à une mortalité de 6 p. 100, tandis que la mortalité de tous les cas réunis, pour la même période, était de 19,92 p. 100.

On trouvera réunis dans le tableau suivant, que M. le directeur général de l'Assistance publique a bien voulu faire dresser sur ma demande, quelques-uns des éléments de cette grave et intéressante question des cas intérieurs de choléra que je ne fais que poser aujourd'hui, mais sur laquelle je reviendrai ultérieurement avec tous les détails nécessaires. (*Voyez le tableau, page* 584.)

III. HÔPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU. — M. le docteur Champenois, médecin en chef. Du 2 au 9 octobre, 8 cas, 7 du dehors, 1 de l'intérieur (2 de Paris, caserne Dupleix et École militaire, 6 de Courbevoie). — *Cinq décès :* 2 le 2 octobre, 1 le 5, 2 le 7.

OBSERVATIONS ET AUTOPSIES. — « 3 et 4 octobre. Le cas de l'hôpital a porté sur un brigadier de cuirassiers, V..., typhoïde de treize jours, qui, sous l'influence du refroidissement de la nuit du 4 au 5 et de stations prolongées sur la chaise, a été pris d'algidité et de cyanose, avec un affaiblissement progressif du pouls qui, dans l'après-midi, aboutissait à la mort.

De l'atteinte cholérique nous avons retrouvé, avec M. le docteur Libermann, à l'autopsie, les *ecchymoses péri-cérébrales*, l'état graisseux de la moitié gauche du foie, la *psorentérie* du petit et du gros intestin.

Les plaques de Peyer étaient à l'état chagriné, sans ramollissement, et ne répondaient pas par leur altération à la période la maladie.

Le sang était resté fluide, le cerveau et les poumons congestionnés, sans l'affaissement, la réduction que nous trouverons si marqués surtout dans le foie, la rate et les reins des autres autopsiés.

L'artilleur du 20e et le chasseur à cheval de la caserne Dupleix étaient, à leur entrée, le 3 et le 4, sous le coup d'atteintes au deuxième degré, sur la pente du troisième. — Le pouls, qui n'avait pas disparu, se maintient. — Le 7 la convalescence était assurée.

Le 5, G..., du 101e, avait été sidéré cinq heures avant son entrée. Les crampes étaient fortes, mais le pouls non éteint. Les vomissements ayant cessé, la médication triompha de l'affaissement de la circulation.

---

yeux pour n'être plus distrait par la beauté merveilleuse du paysage. Place maintenant au médecin qui vient à Amphion pour en étudier les eaux.

La principale source d'Amphion est ferrugineuse, bicarbonatée; elle est abritée d'un élégant pavillon qui porte cette inscription d'un latinisme peu cicéronien :

Aquæ Meæ Prosunt Hominibus Infirmis
Omnium Nationum.

(Ne lisez que la première lettre de chacun de ces mots, et vous aurez le nom d'Amphion). Cette source, soigneusement captée à son point d'émergence, est parfaitement limpide, ce qu'elle doit à son excès d'acide carbonique, qui tient dans un état de dissolution complète ses éléments minéralisateurs. Son débit est de 105 litres par minute; sa température est de 8 degrés centigrades; elle a un goût styptique et atramentaire, légèrement masqué cependant par un petit goût sulfureux qui résulte probablement de son passage dans des terrains tourbeux; elle dégage à sa sortie de nombreuses bulles d'acide carbonique libre, ce qui l'a fait comparer à la source du Géronstère à Spa; elle coule ensuite dans une rigole remplie d'un dépôt ocrassé très-abondant, et en grande partie constitué par des sels de fer, d'alumine et de manganèse. Après avoir parcouru un espace de 3 ou 4 mètres, le filet d'eau tombe dans une piscine récemment construite, et de là se déverse dans le lac. Cette piscine, qui a 4 mètres de longueur sur deux mètres de largeur, fournit à de nombreuses applications hydrothérapiques une eau fortement minéralisée, à basse température et constamment renouvelée. Grands bains, bains de siége, appareils à douches en arrosoir, en pluie, en colonne, à douches ascendantes, rectales et vaginales, Amphion possède tout cela.

Or, prenez les lymphatiques, les chlorotiques et les anémiés de tous genres; les jeunes

TABLEAU

indiquant le nombre des cas intérieurs, le nombre des décès et la proportion centésimale, pour chaque catégorie, depuis le 4 septembre jusqu'au 7 octobre inclus.

Hôpitaux	ARRONDISSEMENTS	Cas extérieurs			Cas intérieurs			TOTAL DES DÉCÈS
		Nombre d'admissions	DÉCÈS	Proportion p. 100	Nombre d'admissions	DÉCÈS	Proportion p. 100	
Hôtel-Dieu	4e	29	19	65.52	41	27	65.85	46
Pitié.....	5e	6	2	33.33	4	3	75 »	5
Charité.....	6e	14	9	64.28	11	7	63.63	16
Saint-Antoine	12e	19	7	36.84	1	»	»	7
Necker.....	15e	14	7	50 »	1	1	100 »	8
Beaujon.....	8e	27	15	55.55	20	17	85 »	32
Lariboisière.....	10e	47	25	52.19	24	19	79.16	44
Saint-Louis.....	10e	10	8	80 »	10	7	70 »	15
Salpêtrière.....	13e	»	»	»	4	4	100 »	4
Enfants-Malades.....	15e	14	5	35.71	»	»	»	5
Maison de santé.....	10e	4	4	100 »	»	»	»	4
Totaux.....		184	101	56.53	116	86	74 14	186

La proportion des cas intérieurs aux cas extérieurs avait été :

Dans l'épidémie de 1849, de . . . . 33 p. 100.
— de 1852-53, de. . . 42 p. 100.
— de 1865, de . . . . 20 p. 100.
— de 1866 (1) . . . . ? ?
— de 1873, pour la période écoulée du 4 septembre au 7, où elle s'élève à 63 p. 100.

(1) Les documents relatifs à l'épidémie de 1866 ont été presque tous détruits dans l'incendie des bâtiments de l'Assistance publique pendant la guerre civile de 1871.

filles exsangues et les petits jeunes gens, au teint fané, au corps sec et fluet, qui se sont étiolés et desséchés tout un hiver dans l'atmosphère brûlante des théâtres et des salons; faites-leur boire l'eau ferrugineuse d'Amphion, secondez l'action reconstituante de cette eau par la puissance et par les excitations de l'hydrothérapie, donnez-leur l'air vivifiant du lac et des montagnes, faites-en tour à tour des excursionnistes dans les Alpes et des rameurs sur le lac, et dites-moi si, grâce à toutes ces influences hygiéniques et thérapeutiques, ils ne seront pas bientôt régénérés et transformés comme le fameux cheval d'autrefois, à qui l'on doit la découverte de la source d'Amphion? Voici ce que raconte la légende du pays : « Un propriétaire des environs avait un cheval malade, et par conséquent incapable de tout service; désespérant de le guérir, et ne voulant pas cependant, par pitié, le faire abattre, il l'abandonna sur les bord du lac, à Amphion. Quelle ne fut pas sa surprise lorsque, quelques jours plus tard, passant dans ces lieux, il trouva son fidèle serviteur gras, luisant, plein d'ardeur et de vie; il paissait l'herbe épaisse qui entourait la source, et allait ensuite se désaltérer à cette source qui lui rendait la vigueur et la santé. »

A vingt minutes d'Amphion, et toujours en suivant le bord du lac par la route du Simplon, magnifique création de Napoléon Ier, on arrive à Evian. C'est là qu'il faut aller pour trouver et pour savourer une eau d'une limpidité idéale. Les gouttes de rosée, le cristal, le diamant, ne sont ni plus purs ni plus translucides que l'eau d'Evian. Il faut la voir à la source Cachat ou à la source Bonne-Vie, comme elle coule claire, belle et transparente! Quelle admirable pureté! Aussi, avec quelle avidité et avec quelle intempérance on la boit! Heureusement elle est aussi légère à l'estomac qu'elle est fraîche et délicieuse à la bouche. La dose habituelle est de 7 ou 8 verres dans la journée; mais il y a des personnes qui en boivent 15, 20 et même, paraît-il, jusqu'à 40 verres par jour, sans en être incommodées. Elle est froide, sans

Le 6, trois hommes du 101e (Courbevoie) étaient apportés au quatrième degré, algides, cyaniques, sans pouls, sans voix.

Chez celui qui n'était malade que depuis douze heures, le pouls reparut le lendemain au-dessus du coude.

Le deuxième, malade de deux jours, n'avait pas la respiration trop engagée. Un massage général d'une demi-heure dans la chambre à vapeur ramena le pouls à l'état oscillatoire; les autres moyens se régularisèrent, en se relevant peu à peu. — La guérison est aujourd'hui assurée.

Le troisième, malade de deux jours, arriva en état asphyxique cyanique foncé, algide et visqueux au toucher. Il était onze heures et demie du soir; à neuf heures du matin, le lendemain, il succombait. — Tous les efforts n'avaient fait que prolonger l'agonie.

Le 7 entrait, à huit heures du matin, le nommé G..., du 101e, atteint de la veille, avec rémission apparente dans l'après-midi. Le cas était plus grave que celui du précédent. Il succomba une heure plus tard.

Le lendemain, l'*autopsie* a montré : même retrait du cerveau, même condensation de sa substance, même absence de liquide céphalo-rachidien et ventriculaire, même injection de tous les vaisseaux normaux par une gelée de sang noir ne s'écoulant que sous la pression du scalpel.

Sur les parties latérales des hémisphères, l'injection était doublée de *plaques ecchymotiques*.

Les poumons, rétractés, étaient emphysémateux en avant, non crépitants, feutrés et marbrés en noir en arrière.

Plèvres et péricarde à peine humides et nacrés.

Cœur revenu sur lui-même, sillonné de vaisseaux injectés en noir; point ecchymotique en arrière des oreillettes et de la base des ventricules. Sang en gelée noire et tractus fibrineux dans les cavités des deux moitiés du cœur.

Abondant semis d'ecchymoses rosées dans l'épaisseur des parois de l'estomac.

Psorentérie dans la moitié inférieure de l'intestin grêle et dans le gros intestin.

Chez l'un des sujets, injection fine de la deuxième moitié de l'iléon; chez l'autre, muqueuse lavée, blanche, tachetée de points ecchymotiques pâles sur les valvules.

Foie revenu sur lui-même, fauve, marbré de plaques d'un jaune plus clair pénétrant en cônes dans l'épaisseur du parenchyme de la moitié gauche. Tissu dense, difficile à déchirer, à pénétrer avec le doigt, à coupes graisseuses.

Rate gris bleu, réduite des trois quarts de son volume ordinaire; dense et dure.

Reins réduits de moitié; périphérie en mosaïque de points rouges, noirs, et d'étoiles de cette dernière teinte.

Vessie contractée sur elle-même.

Les mêmes particularités existaient chez D..., du 17e bataillon de chasseurs à pied, et chez

---

odeur ni saveur; sa température est d'environ 12 degrés centigrades. Elle est alcaline, mais très-faiblement minéralisée, à un degré beaucoup moindre que les eaux de Vichy, de Contrexéville et de Vittel; aussi est-elle sans danger. Elle agit moins peut-être par sa minéralisation que par sa quantité. Elle s'insinue, elle pénètre, elle filtre à travers les organes; elle les arrose, les lave et les lessive; elle y produit un véritable rinçage, éliminant et entraînant par les voies urinaires tous les principes vicieux qu'elle rencontre sur son passage.

Il est facile de comprendre quelles salutaires modifications doit produire, au sein de l'organisme, cette eau cristalline qui le traverse en si grande abondance, et presque par un courant continu. Il y a là une action à la fois dissolvante, dépurative, altérante et diurétique. Les différentes formes de dyspepsie, l'inertie de l'estomac et de l'intestin, la pléthore sanguine, la goutte et les divers accidents gastro-intestinaux dont elle procède, qu'elle engendre et entretient à son tour; la gravelle, la néphrite calculeuse et le catarrhe vésical sont justiciables des eaux d'Evian.

Notre sympathique confrère, le docteur Humbert, en est le médecin inspecteur; un fâcheux contre-temps nous a privé du plaisir de le voir, je l'ai vivement regretté. Il a succédé dans ces fonctions officielles au savant docteur Rieux, dont le fils, Léon Rieux, notre camarade d'internat, est actuellement un des médecins distingués de Lyon. Cher ami, si ces lignes arrivent jusqu'à toi, accueille-les comme un écho de ma vieille amitié; elle s'est rajeunie sur cette belle plage d'Evian dont tu me parlais autrefois si souvent et avec un si juste et si poétique enthousiasme!

A Amphion, nous avions une paisible et pastorale retraite; le calme et la solitude au milieu des fleurs et des ombrages; une délicieuse villa plongeant dans le lac et se mirant dans ses eaux limpides; c'était la nature dans ce qu'elle a de plus doux et de plus suave. A Evian,

D..., du 102e de ligne, qui ont succombé dans la journée de jeudi dernier, après le départ de mon rapport. »

IV. Hôpital du Val-de-Grace. — Du 2 au 9 octobre 1873 : M. le docteur Kelsch.

Observations. — « 1° Les nommés Br... et Ba..., indiqués dans la note précédente, sont convalescents.

Je vous ai entretenu aussi de Bal..., dont voici sommairement l'observation :

2e Bal..., 24 ans, 65e de ligne, en traitement à l'hôpital depuis le 20 septembre pour une diarrhée dont il était convalescent depuis le 25.

Dans la nuit du 1er au 2 octobre, vers trois heures du matin, vomissements, crampes, douloureuses coliques ; quatre selles jusqu'au matin.

Dans la journée du 2, vomissements continuels; selles diarrhéiques assez rares; crampes extrêmement douloureuses; lèvres et extrémités cyanosées; yeux encavés; voix éteinte; pouls imperceptible, etc.; pas d'urines. Température (axillaire) du matin 34°; — du soir 35°5. Pouls 112.

3 octobre matin. Température 35°5. Pouls 104. Nuit mauvaise. Pas de selles ni d'urines; fait des efforts incessants et infructueux pour vomir; peau du corps médiocrement chaude; extrémités froides; soif incessante; respiration pénible; air de souffrance empreint sur la physionomie. — Soir. Température 35°5. Pouls 84. État amélioré. Plus de crampes ni de coliques. Pas de selles; anurie complète. Extrémités un peu réchauffées; n'a vomi que quatre fois dans la journée.

4 matin. Température 36°. Pouls 72, petit. Nuit bonne; quelques efforts infructueux pour vomir à deux ou trois reprises; pas de selles, ni de coliques, ni de crampes. Anurie; peau chaude. — Soir. Température 36°. Pouls 60. L'amélioration continue ; la voix revient.

5 matin. Température 36°5. Pouls 56. Sommeil bon. Ne vomit plus. Une selle diarrhéique cette nuit. Langue saburrale. Urine depuis hier soir; facies naturel. En somme, état satisfaisant. — Soir. Température 36°6. Pouls 60. Va bien.

6 matin. Température 36°. Pouls 64. Semble convalescent. — Soir. Température 36°5. Pouls 84. Se lève.

7 matin. Température 37°. Pouls 48. Quatre selles sanglantes et glaireuses pendant la nuit; pas de coliques ni d'épreintes. Va bien quant au reste. — Soir. Température 36°8 ; 60 pulsations. Pas de selles dans la journée. Va bien.

8 matin. Température 36°2. Pouls 44. Une selle muco-sanguinolente dans la journée. Va bien quant au reste. — Soir. Température 26°2. Pouls 46. Pas de selles. Va bien.

9 matin. Température 36°3. Pouls 40. Une selle molle naturelle hier soir. Va bien. — S . Température 36°8. Pouls 46. Va bien.

Le jour même (2 octobre) où Bal... tomba malade à l'hôpital, je reçus un cas léger du dehors, dont voici l'observation sommaire :

---

c'est le mouvement, la richesse et la grandeur; ce sont de somptueux hôtels, de brillants salons; des jardins échelonnés en amphithéâtre, animés par de mélodieux orchestres, et par le va-et-vient d'une société nombreuse et choisie; ce sont de vastes horizons, des vues sur le lac et sur les Alpes, magnifiques perspectives qu'on ne peut se lasser d'admirer. A Amphion, nous étions au petit Trianon ; à Evian, nous sommes à Versailles.

Le temps presse, il faut s'éloigner de ces bords du lac de Genève que l'on n'a jamais assez vus et que l'on veut toujours revoir. A sa sortie du lac, le Rhône coule rapide comme un torrent, et profondément encaissé entre une double chaîne de rochers et de montagnes à travers lesquels le chemin de fer se fraye un passage hardi et pittoresque; il nous amène à Culoz et bientôt au lac du Bourget, si délicieusement chanté par Lamartine. Quel sentiment et quel amour dans ces vers de notre grand poëte ! Mais aussi quel charme dans ce lac ! Quelles eaux vertes et limpides ! Quelle succession de tableaux toujours saisissants et toujours variés !

Nous voici à Aix-les-Bains ; c'est assurément une de nos stations thermales les plus suivies et les plus importantes; hâtons-nous de dire qu'elle compte parmi ses médecins les plus appréciés notre aimable et spirituel confrère, le docteur Maximin Legrand, un des esprits les plus fins et les plus érudits, une des meilleures plumes de l'Union Médicale. Tout vous attire à Aix : l'abondance et l'efficacité des eaux, les distractions et les plaisirs, les concerts et les bals dans les salons dorés d'un luxueux casino, la beauté des sites et des promenades : ici, c'est la cascade du Grésy; là c'est l'abbaye d'Haute-Combe, le Saint-Denis des anciens rois de Sardaigne; n'oublions pas la fontaine intermittente. Sur le versant d'une des montagnes riveraines du lac, au milieu d'une pelouse verte et fleurie, et à l'ombre d'arbres séculaires, on trouve un gracieux petit bassin, creusé par la nature elle-même et tout plein de l'eau la plus fraîche et la plus pure. Les yeux aiment à s'y reposer, et la soif s'y désaltère avec volupté.

3e Vir... (Pierre), 26 ans, garde républicain (1re légion, 4e escadron, caserne des Célestins), très-sujet à la diarrhée depuis le mois de mai dernier (il n'est pas tuberculeux). La nuit dernière (du 1er au 2 octobre), sans diarrhée prémonitoire, au milieu d'un bon sommeil, est pris de vomissements bilieux, coliques violentes, diarrhée. Vers huit heures du matin surviennent des crampes très-douloureuses. Arrive à l'hôpital à deux heures de l'après-midi. Est vu à quatre heures. A ce moment, les vomissements se sont modérés, ainsi que les coliques. Une selle depuis l'entrée. Anurie; quelques crampes. Voix presque éteinte. Pouls 120, petit. Température axillaire 35°8. Peau modérément chaude.

3 octobre matin. Température 36°. Pouls 56. État très-amélioré. Nuit bonne; les vomissements ont cessé; la langue est presque naturelle. Une selle; peau chaude. — Soir. Température 36°5. Pouls 56. Va bien.

4 octobre matin. Température 36°5. Pouls 52. Un peu de sueur cette nuit. Va bien. — Soir. Température 36°8. Pouls 52. Convalescent.

5 matin. Température 37°3. Pouls 60. Convalescent.

La convalescence ne s'est pas démentie depuis. »

V. Institution Sainte-Périne. — Un premier et unique cas de choléra a été constaté à Sainte-Périne le 1er octobre par M. Proust, chez une pensionnaire de cet établissement, dont il *avait soigné avec succès la diarrhée prodromique*, et qui succomba le deuxième jour de l'attaque confirmée; notre collègue, de concert avec l'habile et dévoué directeur de l'établissement, avait pris d'avance toutes les mesures et donné toutes les instructions nécessaires pour que le premier cas qui se déclarerait ne devînt point l'origine d'un foyer épidémique, et leurs efforts ont été, jusqu'ici, couronnés de succès, car ce cas est resté stérile. M. Proust, si compétent en pareille matière, n'a pas manqué de rechercher activement quelle voie le poison cholérique avait pu suivre pour arriver à cette malade, alors qu'il n'y avait encore eu dans l'établissement aucun cas de choléra ni de cholérine. Or, rien n'a pu être trouvé en dehors de l'influence épidémique proprement dite; la malade n'avait pas quitté l'établissement depuis trois semaines, elle avait reçu les visites de sa sœur non malade. Les 20, 27 et 28 septembre, cette pensionnaire, qui présentait de temps à autre des troubles gastro-intestinaux, eut de la diarrhée qui fut combattue par le sous-nitrate de bismuth, le diascordium et les lavements laudanisés. Le 29 et le 30, la diarrhée était supprimée; le 1er octobre elle réapparaissait; selles fréquentes et abondantes dans la journée. Choléra confirmé le même jour à dix heures du soir. Mort le lendemain, 2 octobre, à midi.

Mais tout à coup un bruit sourd et mystérieux se fait entendre dans les profondeurs de la montagne, et, comme si elle cédait à une aspiration souterraine, cette eau, si pure et si fraîche, se retire, elle s'échappe, son niveau s'abaisse, elle s'écoule jusqu'à la dernière goutte, laissant à sec le fond du bassin..... Une ou deux minutes se passent, et voilà un nouveau bruit, sorti comme le premier des flancs de la montagne. Cette fois c'est un bouillonnement; c'est un flot qui se précipite et qui monte; c'est l'eau qui revient, qui reparaît et qui s'élève jusqu'à ce que le bassin en soit complétement rempli. Cette petite scène de la nature est charmante à étudier; c'est un épisode tout pastoral et tout champêtre, au milieu du plus beau paysage, car, de ce point-là même, la vue embrasse dans son ensemble le magnifique panorama du lac tout entier.

Un kilomètre sépare Aix-les-Bains de Marlioz, station nouvellement fondée, et dont l'eau sulfureuse, prise en inhalations et en boisson, peut être utile dans les affections des voies respiratoires. L'établissement de Marlioz est vaste, élégant et dans un site admirable; il est entouré d'un parc délicieux où, de tous les côtés, les yeux sont réjouis par de ravissants aspects et de splendides horizons.

Mais quittons cette nature toujours riante, toujours parée pour des fêtes, et dont les attraits sont une continuelle invitation au plaisir, sortons de cette atmosphère enivrante et toute imprégnée des charmes de la musique et du parfum des fleurs; dégageons-nous des séductions de Capoue, de Sybaris, des jardins d'Armide et du golfe de Baïa... *Sursùm corda!*... Nous arrivons à la Grande-Chartreuse.

Quel contraste! Ici tout est grave, imposant et austère; pas d'autres concerts que le tintement de la cloche du couvent, que le chant des moines, que le sifflement du vent dans les sapins, que le mugissement du torrent qui se brise dans les rochers; pas d'autres perspectives que des cloîtres immenses, solitaires et silencieux, que dominent partout, comme de

HYGIÈNE PUBLIQUE

LA CRÉMATION DES MORTS EN ITALIE.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

En me priant de rédiger, pour l'*Encyclopédie médicale italienne*, l'article Crémation, le docteur Pini me signale, dans le travail que vient d'insérer l'Union Médicale, des lacunes importantes résultant de publications et de faits qui se sont produits depuis le moment de sa rédaction (décembre 1872).

Je tiendrai compte, dans un *tirage à part*, des bienveillantes observations de mon honorable confrère et des idées des docteurs Borgiotti, Sonsino, Bertoni, Ercolani, Musatti et Caffe (1), mais je ne puis me dispenser de résumer ici, en quelques lignes, la brochure toute récente du professeur Louis Brunetti (de Padoue).

Ce lauréat de notre grande Exposition (1867) a réuni, dans une vitrine spéciale disposée à l'Exposition universelle de Vienne (*vermibus erepti, puro consumimur igni*), une série d'appareils destinés à obtenir la crémation la plus prompte, la plus complète et la plus économique.

D'après une correspondance de la *Gazette hebdomadaire*, ces appareils ont attiré l'attention des commissaires délégués par la Société formée à Zurich, en vue de vulgariser ces procédés d'inhumation.

Le professeur Brunetti les a imaginés après s'être convaincu, par cinq expériences exécutées sur des cadavres humains (2) dans les circonstances les plus variées (combustibles divers, —

(1) Notre excellent et savant confrère, le docteur Çaffe, a publié dans son journal (*Journal des connaissances médicales*) plusieurs articles très-intéressants. Dernièrement il signalait l'idée d'un ingénieur, M. Rudler, qui propose de brûler les corps dans des cornues au moyen du gaz d'éclairage, et d'utiliser pour l'éclairage les gaz résultant de cette distillation.

(2) Femme de 35 ans, du poids de 52 kil. 550 gram., réduite à 2 kil. 512 gram.
Homme de 45 ans, du poids de 43 kil. 100 gram., réduit à 1 kil. 294 gram.

---

gigantesques et infranchissables murailles, des cimes alpestres, ardues et inaccessibles. Que c'est beau! Que c'est grand! Je n'oublierai jamais les matines solennelles de la Saint-Jean au milieu de la nuit, ces longues galeries ogivales dans lesquelles je me suis égaré, ces chants religieux et lointains qui, dans l'obscurité et le dédale des cloîtres, ont été pour moi une boussole et un guide. Je vois encore cette église, simple, sévère, à pleine éclairée, et les chartreux, en robes blanches, debout dans leurs stalles comme des ombres; j'entends encore leurs voix graves et vibrantes chanter, en deux chœurs lentement cadencés, les versets de cette poésie sublime qu'on appelle les Psaumes. Quelle piété! Quel recueillement! Quel profond sentiment de la petitesse de l'homme, en présence de la grandeur de Dieu! C'était le moyen âge qui m'apparaissait avec sa vie contemplative, sa foi ardente et la majesté de son enthousiasme religieux.

A vingt-cinq minutes du couvent, les chartreux ont un petit hôpital que j'ai visité; il est situé sur la lisière d'une immense forêt de sapins qui couvre toutes les hauteurs environnantes; et dans les vastes terrains défrichés qui l'entourent sont cultivées les plantes aromatiques qui servent à la préparation de la fameuse liqueur. Il a 30 lits disposés dans deux salles; inutile de dire que les hommes seuls y sont admis; on y reçoit tous les malades qui se présentent, quelle que soit leur provenance; j'en ai vu un qui arrivait de Paris, c'était un scrofuleux affecté d'une carie des os du tarse. La pharmacie m'a paru bien approvisionnée. Le service médical est confié à un médecin de Saint-Laurent-du-Pont qui, pour arriver auprès de ses malades, est obligé de gravir cette montée de trois heures, si belle, si pittoresque, mais si rude et si pénible qui sépare Saint-Laurent-du-Pont de la Grande-Chartreuse. Un des pères habite l'hôpital, il fait les pansements, prépare et administre les médicaments, et pourvoit aux cas imprévus qui peuvent se produire en l'absence du médecin; il est à la fois interne en médecine et en pharmacie; c'est un homme distingué, jeune encore, intelligent, instruit, et à la hauteur de sa mission. Cet hôpital, qui porte le nom de la *Courrerie*, parce qu'autrefois il servait de résidence au courrier chargé des soins matériels de la communauté, est à une altitude de 1,000 mètres environ au-dessus du niveau de la mer; il se trouve au milieu de l'atmosphère résineuse et balsamique et des effluves odorantes qui se dégagent des immenses sapinières et des collections de plantes aromatiques qui l'entourent. Grâce à ces conditions, il pourrait, pendant l'été, offrir aux phthisiques un séjour excellent et salutaire; mais il aurait besoin d'être amélioré dans son aménagement intérieur, qui laisse à désirer sous plusieurs rapports.

(*A suivre.*)

Dr E. Guibout.

cornues de gazomètre, — vases clos, — air libre), que « l'incinération totale des cadavres et la calcination complète des os, avec le feu, est impossible dans les conditions ordinaires. »

DESCRIPTION : 1° Fournaise (*forno*) en briques (ordinaires ou mieux réfractaires) figurant un parallélogramme, munie, sur ses parois, de dix ouvertures, afin de diminuer ou d'augmenter à volonté la circulation de l'air, et partant l'intensité du feu; à sa partie supérieure est creusée une gouttière en tuiles destinée à recevoir :

2° Un grand cerceau en fer (*sostegno*) sur lequel viennent s'abattre :

3° Des volets cintrés en fonte, formant dôme (*riverberi*), pouvant être ouverts ou fermés au moyen de régulateurs, de manière à répercuter les flammes et à concentrer le calorique ;

4° Une large plaque métallique de peu d'épaisseur (*supporto*) sur laquelle repose le cadavre fixé par de gros fils de fer. Ses dimensions sont calculées de manière à ménager la libre circulation de l'air lorsqu'elle est introduite dans la fournaise.

L'opération comprend trois périodes : l'embrasement du cadavre; sa combustion spontanée; l'incinération des parties molles et la calcination des os.

PREMIÈRE PÉRIODE : Demi-heure après avoir mis le feu à la pile de bois placée dans la fournaise commence l'inflammation du cadavre. Il se dégage pendant ce temps une quantité considérable de gaz, et c'est à ce moment qu'il est indispensable de manœuvrer les volets de fonte (*riverberi*).

DEUXIÈME PÉRIODE. — La combustion spontanée du cadavre qui se produit alors « impressionne toujours l'esprit et vous rend pensifs. »

Si la pile de bois a été convenablement disposée, deux heures suffisent pour obtenir une carbonisation complète.

TROISIÈME PÉRIODE. — Après avoir ouvert les volets, on réunit, au moyen d'une palette à crochets, sur la plaque qui sert de support, la masse carbonisée; puis on abaisse sur elle une nouvelle plaque de fonte (pour concentrer davantage la chaleur) : finalement, l'on renouvelle le combustible.

Au moyen de ces appareils (avec une dépense de 70 à 80 kilogrammes de bois), on obtient en deux heures une crémation complète (incinération des parties molles et calcination parfaite des os).

Lorsque la fournaise est refroidie, les cendres et les os sont recueillis et déposés dans des urnes funéraires.

La dernière expérience du professeur Brunetti a été faite sur un homme de 50 ans, mort à la suite d'une bronchite chronique.

Le poids du cadavre était de 51 kilogr. et son volume représenté par un cube de 35 centimètres d'arête.

Après l'opération, le poids était réduit à 1 kilogr. 770 grammes et l'arête du cube n'était plus que de 17 centimètres.

Je vous demanderais bien pardon, mon très-cher confrère, de vous avoir entretenu trop longuement d'un sujet très-peu gai de sa nature, si je n'avais aujourd'hui acquis la certitude que ce travail a vivement intéressé un certain nombre des lecteurs habituels de l'UNION MÉDICALE.

Dr Prosper DE PIETRA SANTA.

Saint-Cloud, septembre 1873.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 octobre 1873. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

SOMMAIRE. — Suite et fin de la discussion sur le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination. — Sur l'opération de la cataracte par la kératotomie linéaire. — De la nécrose phosphorée du maxillaire inférieur.

Dans notre dernier compte rendu, nous avons résumé brièvement une discussion soulevée par M. Blot sur le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination. Nous avons dit que la plupart des membres qui avaient pris part à la discussion avaient apporté des faits favorables à ce mode de traitement. Seuls, MM. Blot et Chassaignac avaient paru mettre en doute l'efficacité de la méthode.

Dans la séance d'aujourd'hui, MM. Depaul et Trélat, qui n'assistaient pas à la dernière séance, ont communiqué, à l'appui de l'opinion des partisans de la vaccination, les résultats de leur expérience personnelle.

M. Depaul distingue des véritables tumeurs érectiles les taches que l'on trouve à peu près constamment chez les nouveau-nés, et qui disparaissent généralement d'une manière spon-

tanée au bout d'un certain temps. Il n'y a donc pas à s'en occuper. Les tumeurs érectiles proprement dites guérissent presque à coup sûr par la vaccination, quel que soit leur siége, quand elles sont de petite dimension et qu'elles ne dépassent pas l'étendue d'une pièce de 1 franc. Quand elles sont d'une dimension plus considérable, d'une pièce de 2 francs par exemple, elles ne guérissent plus complétement, on ne peut que les améliorer. M. Depaul a l'habitude de cribler la surface de la petite tumeur d'une série de piqûres, environ dix à douze. Il a pratiqué cette opération plus de cent cinquante fois, jamais il n'a observé, par cette pratique, d'hémorrhagie notable; toujours il a suffi d'une compresse imbibée d'eau fraîche pour arrêter le petit écoulement de sang produit par les piqûres. Ce traitement est surtout utile pour les tumeurs érectiles qui ont pour siége la paupière supérieure. Dans ces cas, il survient, au moment de l'éruption vaccinale, un gonflement énorme de la paupière qui effraye les parents, mais qui se dissipe au bout de 10, 15 ou 20 jours.

Les opinions de M. Depaul sont partagées par M. Trélat relativement à l'efficacité de la vaccination contre les tumeurs érectiles et au peu de gravité des hémorrhagies qui résultent des piqûres. Seulement, il n'est plus du même avis en ce qui concerne les *taches*. Celles-ci ne disparaissent pas toujours spontanément. Elles peuvent, au bout de quelques mois, et même après de nombreuses années, se transformer en tumeurs érectiles de nature grave. Il y a donc obligation absolue de les surveiller attentivement.

Quant au mode d'action de la vaccination dans la cure des tumeurs érectiles, M. Trélat pense qu'il dépend beaucoup moins du traumatisme chirurgical que du travail spécial suscité par l'évolution de l'éruption vaccinale et par le mode de cicatrisation des pustules.

Contrairement à l'assertion de M. Trélat, M. Chassaignac attribue la principale influence au traumatisme dans la résolution des tumeurs érectiles, tandis que celle de la pustulation ne serait que secondaire.

Enfin, pour clore cette reprise de discussion, M. Desprès a rappelé que Nélaton traversait la base des grosses tumeurs érectiles par le séton trempé dans le vaccin, tandis qu'il traitait les petites tumeurs érectiles par les piqûres vaccinales simples.

— M. le docteur Faucon (d'Amiens) a lu ensuite un travail très-bien fait sur l'opération de la cataracte par la kératotomie linéaire. Nous nous bornons à mentionner ce travail, nous réservant d'en rendre compte plus tard, à l'occasion du rapport de la commission à laquelle il a été renvoyé.

— La séance s'est terminée par une communication intéressante de M. Tillaux relative à un cas de nécrose phosphorée du maxillaire inférieur dont il a présenté la pièce pathologique, et qui a donné lieu à une discussion. Nous allons résumer brièvement l'observation de M. Tillaux et la discussion qui l'a suivie.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, d'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle, qui, depuis l'âge de dix ans, exerçait le métier de *trempeur* dans une fabrique d'allumettes chimiques. Il quitta l'usine, le 20 janvier 1872, n'éprouvant en ce moment et n'ayant d'ailleurs jamais éprouvé le moindre accident d'intoxication par le phosphore. Ce ne fut qu'au mois de mai suivant qu'il commença à souffrir d'une dent dont il réclama l'extraction. L'avulsion de la dent ne calma pas la douleur de la mâchoire, et le malade vint au mois de juin à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Tillaux. Ce chirurgien, l'ayant examiné, reconnut l'existence d'une ostéo-périostite, qu'il crut d'abord consécutive à l'avulsion de la dent. Plus tard, à la suite d'un examen plus attentif, M. Tillaux constata un abcès qu'il ouvrit et sous lequel il trouva l'os maxillaire atteint de nécrose. C'est alors qu'il interrogea ce jeune homme sur ses antécédents et qu'il acquit la certitude qu'il s'agissait d'une nécrose phosphorée à son début. Le malade resta à l'hôpital Saint-Louis jusqu'en novembre 1872; la tumeur resta localisée à l'angle de la mâchoire du côté droit. Le 3 juin de cette année, il rentra à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Tillaux. Il fut facile de reconnaître qu'un changement énorme s'était accompli depuis la sortie de l'hôpital Saint-Louis. La tumeur, qui avait commencé au niveau de la deuxième molaire du côté droit, où s'était formé un abcès, avait envahi de droite à gauche toute l'étendue de la mâchoire. Le maxillaire inférieur avait doublé de volume et ressemblait à une mâchoire de géant. Il était le siége de trajets fistuleux multiples. Le malalade était pâle, affaibli par l'abondante suppuration qui s'écoulait de toutes ces fistules. Un stylet introduit dans toutes les ouvertures fistuleuses ne permettait pas de constater de séquestre mobile. M. Tillaux attendit; mais le malade allait s'affaiblissant de plus en plus; M. Tillaux se demandait souvent avec anxiété, en passant devant le lit du malade, s'il ne devait pas intervenir. Chaque fois, il en était empêché par la persistance de l'immobilité du séquestre.

Le malade alla ainsi jusqu'au mois de septembre dernier, époque de l'invasion de l'hôpital par le choléra; il fut enlevé par une diarrhée cholériforme que rien ne put arrêter et à laquelle il était prédisposé par la grave atteinte des voies digestives, due à la suppuration abondante de la bouche.

La pièce pathologique recueillie sur ce malade est extrêmement intéressante et peut-être unique en ce genre. L'os a été le siége d'une régénération complète. Mais, contrairement à ce qui arrive dans les conditions ordinaires, où l'os ancien, de plus en plus dénudé par l'affaissement et le retrait de la muqueuse générale, fait de plus en plus saillie et sort peu à peu complétement du cadre formé par l'os nouveau, de manière qu'il n'y a plus, en quelque sorte, qu'à le cueillir ; contrairement au procédé ordinaire, disons-nous, ici, dans le cas de M. Tillaux, l'os nouveau forme une gaîne complète qui enveloppe l'os ancien jusqu'au collet de dents et dans laquelle il est comme enclavé.

En présence de cette disposition exceptionnelle, M. Tillaux se demande ce qu'il y avait à faire dans le cas dont il s'agit. Fallait-il intervenir, sans attendre la mobilisation du séquestre, par une opération chirurgicale nécessairement incomplète et qu'il aurait fallu compléter plus tard? Ou bien fallait-il attendre que la nécrose fût complète et que le séquestre fût mobile? M. Tillaux a cru devoir suivre ce dernier parti, s'appuyant sur ce principe qu'on ne doit jamais intervenir, en pareil cas, par une opération grave sans avoir la certitude que le séquestre est devenu mobile et que la nécrose s'est arrêtée.

M. Tillaux, pour se rendre compte des conditions dans lesquelles l'opération eût pu être pratiquée, a fait, sur le cadavre de ce malheureux jeune homme, l'opération telle qu'il eût pu être amené à la pratiquer sur le vivant, si les circonstances l'avaient permis, et il est arrivé à cette conclusion que, dans l'état d'enclavement où il était, l'extraction du séquestre n'eût pas été possible. Il croit que l'os n'était pas décorticable, et qu'il eût fallu tout enlever, os ancien et os nouveau, opération extrême devant laquelle il eût reculé.

Malgré cette conclusion à laquelle l'examen anatomo-pathologique a conduit M. Tillaux, les membres qui ont pris part à cette discussion ont pensé qu'il y aurait eu quelque chose à faire. Pour M. Chassaignac, l'état de dépérissement dans lequel ce malade avait été plongé par l'abondance de la suppuration était une indication formelle d'intervenir chirurgicalement, eût-il faltu, comme moyen extrême, pratiquer la désarticulation de la mâchoire. — Suivant M. Verneuil, du moment où la certitude était acquise de l'état de simple enclavement du séquestre (et l'ancienneté de la maladie donnait la certitude qu'il n'y avait qu'une immobilité apparente), il fallait intervenir par la segmentation du séquestre, après s'être donné du jour en agrandissant les trajets fistuleux. — M. Amédée Forget pense que la désarticulation de la mâchoire eût été préférable. — Aux yeux de M. Trélat, l'opération, au point où la maladie était arrivée, eût été trop tardive; le séquestre était fini, la totalité de la mâchoire était nécrosée ; l'opération eût dû être pratiquée, il y a un an, en divisant le nouvel os pour atteindre le sequestre enclavé et le retirer par fragments. — M. Tillaux fait remarquer qu'il est facile de dire ce qu'il y avait à faire lorsqu'on tient la pièce pathologique dans la main; mais, pendant la vie, il n'était pas possible de préciser jusqu'où allait la nécrose; il persiste à penser qu'en bonne clinique, il convient, pour intervenir, d'attendre que le séquestre soit mobile ou mobilisable.

Sur la proposition de M. le président, la Société de chirurgie décide que la pièce de M. Tillaux, exemple peut-être unique d'un enclavement complet de séquestre, sera reproduite par le dessin, M. Tillaux se réservant de la déposer au Musée anatomo-pathologique de l'amphithéâtre de Clamart.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

RÉCLAMATION

Vésinet, le 3 octobre 1873.

Monsieur et très-honoré maître,

Je lis dans l'UNION MÉDICALE de ce jour, article de la fin : « Dans le compte rendu de la dernière séance de la Société de médecine pratique, etc., M. le docteur Danet, à propos d'une discussion sur la rage, fait observer que, à Constantinople, les chiens sont groupés, etc. » Toutes ces idées ont été développées par moi dans une série d'articles parus dans le *XIXe siècle*, et publiés depuis en volume par Chaix. Ce volume a été présenté à l'Institut, et une commission a été nommée pour en examiner les conclusions.

Je vous demande pardon de cette rectification; mais comme j'ai développé une série de vues complétement neuves relativement à cette horrible maladie, vous me permettrez d'y attacher quelque importance.

J'ai l'honneur de vous présenter l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr E. CHAIROU.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE LA GASTRALGIE.

Chlorhydrate de morphine.	5	centigrammes.
Sous-nitrate de bismuth	75	—
Craie préparée.	50	—

Thridace, q. s. pour 10 pilules. — Une pilule une heure avant chacun des deux principaux repas, pour combattre la gastralgie. Applications chaudes ou révulsives au creux épigastrique. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 14 OCTOBRE 1766.

Commerson, célèbre naturaliste voyageur, fait son testament, dans lequel on cite cette clause :

« Au cas où je viendrais à décéder dans une ville où il y eût des Écoles de médecine ou de chirurgie, je destine mon cadavre à être porté au plus prochain amphithéâtre pour y être disséqué pour l'instruction publique, priant M. le démonstrateur d'anatomie d'en faire un squelette artificiel qui puisse déposer perpétuellement au public du désir que j'ai eu toute ma vie de lui être utile. » A. Ch.

COURRIER

RECTIFICATION. — Je dois m'empresser de déclarer que la Société locale des médecins de la Savoie m'a envoyé le compte rendu de son assemblée générale où est inséré le discours de M. le président de cette Société auquel les dernières *Causeries* ont fait allusion. Je trouve ce compte rendu à mon retour à Paris, où il m'a été adressé à mon domicile personnel, et où je ne fais que de très-rares apparitions pendant la saison d'été.

Le discours de M. le président de la Société de la Savoie vise non-seulement le journaliste, mais surtout le secrétaire général de l'Association générale. Le journaliste peut se montrer ou non sensible aux critiques de M. le docteur Guilland, cela ne regarde que lui ; mais il n'en est pas de même du secrétaire général, dont le rapport, fait au nom et avec l'approbation du Conseil général, doit rester l'expression des opinions dont il n'est que l'interprète. Le rapporteur est-il sorti de son rôle? C'est ce qu'il s'empressera de demander au Conseil général, dès sa première réunion. — A. L.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les cours de la Faculté de médecine commenceront à partir du mardi 4 novembre.

Les consignations pour les examens seront reçues à partir du lundi 20 octobre 1873.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 10 octobre on a constaté 735 décès, savoir :

Variole, 0 décès ; — Rougeole, 10 ; — scarlatine, 2 ; — fièvre typhoïde, 36 ; — érysipèle, 0 ; — bronchite aiguë, 14 ; — pneumonie, 23 ; — dysenterie, 4 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 26 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 43 ; — angine couenneuse, 4 ; — croup, 2 ; — affections puerpérales, 2 ; — affections aiguës, 215 ; — affections chroniques, 279 (dont 129 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 58 ; — causes accidentelles, 17.

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 28 septembre au 4 octobre : 1,386 ; variole, 1 ; rougeole, 22 ; scarlatine, 19 ; fièvre typhoïde 39 ; érysipèle, 4 ; bronchite, 130 ; pneumonie, 87 ; dysenterie 1 ; diarrhée, 71 ; choléra nostras, 1 ; diphthérie, 8 ; croup, 15 ; coqueluche, 38.

ROME. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 21 au 28 septembre : 168.

BRUXELLES. — Population : 185,000 habitants. — Décès du 22 au 27 septembre : 91.

LILLE. — Population : 158,117 habitants. — Décès du 1er au 15 septembre : 195.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La marche décroissante du choléra a subi un léger temps d'arrêt pendant la semaine qui vient de s'écouler. Il y a eu plus d'atteintes et plus de décès, d'après la communication faite hier à l'Académie par M. Delpech. Il se disait aussi que les deux premiers jours de la semaine actuelle étaient marqués par des cas très-graves, presque foudroyants; que certains hôpitaux, jusque-là indemnes de toute influence épidémique, avaient reçu quelques cholériques, comme l'hôpital Sainte-Eugénie, par exemple.

Ces oscillations en bien et en mal, assez familières au choléra, semblent cependant plus marquées dans l'épidémie actuelle que dans les précédentes. On les a observées à Vienne, et surtout à Pesth, où le mouvement du choléra, en plus ou en moins, a varié considérablement toutes les semaines pendant toute la durée de l'épidémie.

Il serait téméraire de se livrer à des prévisions quelconques, en présence d'une épidémie si bizarre et si capricieuse. Plusieurs de nos confrères des départements, sollicités eux-mêmes par les familles, nous demandent s'il est prudent que ces familles rentrent à Paris. Nous ne pouvons que répondre, avec le bon sens, que le meilleur moyen d'éviter le choléra est de le fuir, qu'il n'est pas prudent de se transporter dans un milieu où règne le choléra, et que, quand on peut se soustraire à son influence, il est sage de le faire. Certainement, jusqu'ici, l'épidémie, quoique elle fasse sentir plus ou moins son influence à peu près dans tous les quartiers de la ville, est très-limitée comme nombre de cas, la mortalité restant ce qu'elle a été toujours, à savoir : de 50 pour 100. Qu'arrivera-t-il plus tard? Nul ne peut le prévoir.

Après une série de rapports sur les eaux minérales et l'élection de deux membres correspondants étrangers, M. Colin a continué la lecture de son mémoire sur l'action des matières putrides et sur la septicémie.

L'honorable membre a traité les quatre questions suivantes de son programme :

A quelle dose le sang putréfié hors de l'organisme, ou modifié par le fait de la septicémie, peut-il produire une affection mortelle?

Le pus, les fluides sécrétés, la plupart des matières animales altérées par la sep-

FEUILLETON

Notes de Voyages

AMPHION; — ÉVIAN; — AIX-LES-BAINS; — LA GRANDE-CHARTREUSE; — ALLEVARD; SALINS-DE-MOUTIERS; — BRIDES-LES-BAINS.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

On est toujours heureux de revoir Allevard : la nature y est si belle! Où trouver ailleurs une plus magnifique montagne que le Brames-Farine? Sur ses flancs, de 4 kilomètres de longueur, se dessinent tous les aspects et toutes les formes, toutes les teintes et toutes les couleurs de la plus admirable végétation; c'est une véritable mosaïque, dont tous les détails, tous les tons et toutes les nuances, variés à l'infini, sont d'un charme inexprimable. Il faut une heure et demie pour arriver à cheval au sommet du Brames-Farine. De ce point culminant, deux tableaux bien différents saisissent et captivent les yeux : d'un côté, à 3,000 pieds de profondeur, c'est la vallée du Graisivaudan, le cours de l'Isère, Chambéry, Aix-les-Bains et le lac du Bourget; de l'autre, c'est une chaîne colossale de rochers granitiques, à cimes dentelées et toujours couronnées de neiges et de glaciers. Si le panorama du Brames-Farine est d'un grand effet, la descente n'est pas moins émouvante. On vous place sur un traîneau, un homme s'y attelle, et, de toute la vitesse de ses jambes de montagnard, il s'élance sur des pentes effrayantes, vous entraînant avec lui dans une course irrésistible, échevelée; ce n'est pas une descente, c'est une dégringolade; vous n'êtes plus un voyageur, vous êtes un ouragan, une cascade, une avalanche.

ticémie, jouissent-ils des mêmes propriétés contagifères ou infectantes que le sang?

Les produits volatils émanants de sujets septicémiques ou de leurs cadavres peuvent-ils donner la septicémie?

Les produits de la septicémie sont-ils inoculables par les muqueuses intactes, notamment par la muqueuse des voies digestives?

Les conclusions générales qui se dégageront de ce beau travail ne peuvent être pressenties dans leur ensemble, puisque M. Colin n'a pas encore lu la moitié de son mémoire. Cependant on peut, dès à présent, prévoir que si les expériences de M. Davaine ont effrayé les esprits, quant aux conséquences qu'elles pouvaient avoir sur la pathologie des grands animaux et de l'homme lui-même, il semble que les expériences de M. Colin auront pour résultat de tempérer et d'affaiblir les craintes que les inoculations de M. Davaine avaient fait naître.

Des Injections hypodermiques dans le Choléra.

Honfleur, le 10 octobre 1873.

A Monsieur le Docteur Amédée Latour.

Monsieur et honoré confrère,

Je viens de lire avec beaucoup d'intérêt la lettre que vous a adressée M. le docteur J. Bonnemaison, de Toulouse, sur les injections hypodermiques dans le choléra; l'intérêt que je portais à cet article était d'autant plus grand que la même idée m'était venue il y a déjà un certain temps, et que, plus heureux que notre estimable confrère, j'avais pu l'expérimenter.

Dès le mois de juin, nous eûmes à Honfleur une véritable épidémie de cholérine; pas une famille, peut-être, n'en fut complétement indemne; dans la même famille, il y eut jusqu'à six et sept personnes atteintes. Ces cholérines se présentaient d'ailleurs parfois avec des symptômes assez graves : crampes très-violentes à la région épigastrique, urines épaisses et rares; évacuations alvines, parfois jaunâtres et sanguinolentes, dans beaucoup de cas mêlées de mucosités blanchâtres, dans plusieurs cas même présentant des matières semblables à du riz cuit; des selles ou des envies d'aller à la garde-robe très-fréquentes, jusque huit, dix et même plus dans l'espace d'une heure; dans les cas les plus graves, j'ai observé (trois fois) des crampes dans les mollets, *suppression des urines, cyanose des extrémités, algidité, contracture des fléchisseurs*; en un mot, des cholérines bénignes je suis arrivé à constater des symptômes du choléra grave (nostras?).

Prévenu dès le mois de juin par l'épidémie qui parcourait dès ce moment l'Europe en nous

---

Mais Allevard doit nous intéresser surtout au point de vue médical; la composition chimique de son eau minérale, sa puissance thérapeutique, les perfectionnements apportés dans son administration expliquent facilement la grande réputation de cette station thermale et le nombre toujours croissant des malades qui s'y rendent chaque année. L'eau d'Allevard est sulfureuse, iodée, et chargée d'acide carbonique; quand on la reçoit dans un verre, elle pétille comme du vin de Champagne, et d'innombrables bulles d'acide carbonique la traversent, montent à sa surface et s'en dégagent. Sa température est de 16 degrés centigrades; grâce à cette basse température, elle peut, sans subir d'altération, être conservée en bouteilles et voyager. Elle émerge du fond d'un puits, et 4 pompes, mises en mouvement par une roue hydraulique, l'aspirent sans l'agiter et l'envoient à l'établissement. La principale buvette se trouve sur la source même; l'établissement en est éloigné de 300 mètres. Reconstruit depuis quelques années seulement, on en a fait un des plus complets et des mieux entendus qu'il soit possible d'imaginer. Une belle et vaste galerie vitrée y donne accès; c'est un promenoir, un lieu d'attente et de rendez-vous, une salle des Pas-perdus où sont installées des buvettes pour les malades qui ne veulent pas aller jusqu'à la source. Cette galerie conduit aux salles d'inhalation, spacieux salons de lecture et de conversation, où l'on respire l'eau minérale chaude ou froide qui vient d'elle-même s'y pulvériser, en jaillissant et se brisant contre un appareil métallique disposé à cet effet. Une autre partie de l'établissement est affectée à la balnéation et à toutes les applications hydrothérapiques. On y trouve de nombreux cabinets de bains, puis une série presque interminable d'autres cabinets où sont disposés tous les pulvérisateurs et toutes les variétés possibles de douches d'eau froide, d'eau chaude et de vapeur : douches révulsives en colonnes puissantes, douces pharyngiennes d'eau en colonne, en arrosoir, et d'eau pulvérisée, que le malade dirige et gouverne lui-même; douches de vapeur en

laissant encore indemnes, je craignais tous les jours voir le fléau se déclarer chez nous. Dès lors, dans une maladie pareille, où tant de remèdes ont été prônés et abandonnés tour à tour, je me crus autorisé à essayer ce que je n'avais pas encore vu faire dès que l'occasion s'en présenterait.

Partant de la théorie de Marey que le choléra se traduit, dans son premier stade ou algidité, par l'action exagérée du grand sympathique et par la contraction des muscles animés par les nerfs qui en émanent, je me proposais de combattre les symptômes de la première période du choléra par le chlorhydrate de morphine au moyen d'injections hypodermiques; car souvent les malades rejettent immédiatement tout ce qu'on introduit, soit par la bouche soit par le rectum.

Le 31 juillet dernier, je fus appelé à trois heures du matin pour visiter une femme atteinte de *cholérine avec des crampes* (*sic*); je m'y rendis immédiatement, en ayant soin d'emporter une seringue de Pravaz et une solution de chlorhydrate de morphine au 1/25. Je trouvai une femme d'environ 65 ans, présentant une face grippée, les yeux rentrés dans l'orbite, se plaignant de crampes atroces à la région épigastrique; ces crampes se répétaient toutes les cinq minutes environ depuis une heure du matin; le corps froid, le pouls misérable, les doigts repliés dans la paume de la main, les ongles bleus ainsi que les extrémités des doigts, le corps couvert d'une sueur visqueuse; les urines étaient suspendues; les déjections que je me fis présenter étaient liquides, grises, d'un aspect granuleux, troubles et d'une odeur fade; les vomissements consistaient en un liquide incolore.

Je fis à la région épigastrique une *injection hypodermique de dix gouttes* de ma solution, soit 2 centigr. de chlorhydrate de morphine; néanmoins, je la fis frictionner avec des flanelles chaudes. Une heure environ après l'injection, les crampes diminuaient, les selles étaient arrêtées; elle put prendre et garder une potion avec du bismuth, de la teinture de cachou et un peu de sirop d'éther; je revins la voir vers deux heures de l'après-midi pour essayer une nouvelle injection si les symptômes étaient revenus; elle fut inutile.

Le 11 août suivant, je fus appelé à sept heures du matin pour voir un homme d'environ 28 ans qui, en revenant de Trouville vers quatre heures et demie du matin, avait été pris en route de vomissements et de diarrhée : treize selles en une heure; les selles étaient semblables aux précédentes, les symptômes les mêmes, sauf que les doigts n'étaient pas fléchis dans la paume de la main. J'employai la même médication; le selles s'arrêtèrent, ainsi que les vomissements, une heure et demie après l'injection hypodermique, puis la chaleur revint peu à peu; le soir, il put prendre quelques bouillons; le lendemain, il était levé dans sa chambre; tous les symptômes avaient disparu.

Le 25 août, à minuit, mêmes symptômes chez une femme d'environ 50 ans; même traitement; même résultat.

Je crois pouvoir affirmer avoir eu ces trois fois affaire à des cas de choléra (nostras? asiatique?), et trois fois je n'eus qu'à me louer de ma médication.

---

gerbes ascendantes pour les affections rhumatismales et goutteuses; étuves; douches ascendantes en colonne et en arrosoir pour les affections vaginales et utérines, etc.

Quels effets salutaires ne doit pas produire une eau si richement minéralisée, employée de tant de manières différentes et à l'aide des moyens les plus propres à augmenter encore son efficacité! Par le soufre et l'iode qu'elle renferme elle est indiquée, surtout et avant tout, dans les affections des voies respiratoires, depuis la simple laryngite et le simple catarrhe bronchique jusqu'à la tuberculose la plus caractérisée; elle est indiquée encore dans l'anémie, le lymphatisme, et dans les accidents cutanés ganglionnaires et osseux de la scrofule. Par l'acide carbonique qu'elle renferme, elle relève les forces digestives et stimule l'appétit; on peut donc encore la prescrire avec succès dans plusieurs formes de dyspepsie, dans l'atonie de l'estomac et de l'intestin, et dans cet état général d'affaiblissement si commun dans les grandes villes, et contre lequel échouent habituellement toutes les préparations pharmaceutiques.

Allevard doit donc sa grande renommée d'abord à l'excellence de ses eaux; mais il est juste d'ajouter qu'il la doit aussi à deux hommes qui, à des degrés et à des titres différents, et chacun dans leur sphère d'action, sont parvenus à en faire une station thermale de premier ordre. Ces deux hommes sont le médecin inspecteur, le savant, le bon et l'excellent docteur Niepce, et M. Victor Rocourt, propriétaire de l'établissement. Le docteur Niepce n'est pas seulement un clinicien distingué dont la réputation acquise et connue suffit pour amener tous les ans de nombreux malades à Allevard; c'est encore un esprit travailleur, actif et fécond; c'est lui qui a inspiré et dirigé la reconstruction de l'établissement, et qui a présidé au choix et à la pose des appareils; quelques-uns même sont de sa propre invention; ainsi nous avons vu fonctionner un pulvérisateur des plus ingénieux dont l'idée lui appartient. M. Victor Rocourt s'est

Si quelques esprits difficiles ne voulaient voir dans ces trois cas que des cholérines graves, le fait de l'injection hypodermique resterait encore, comme moyen thérapeutique, *presque certain et très-prompt pour ces cas de cholérines*, dans lesquels la souffrance est aussi grande que dans le choléra, et éviterait au malade une cause énorme de déperdition.

Dans beaucoup d'autres cas de cholérine avec douleur à la région épigastrique, j'ai employé le même remède, dont l'action bienfaisante se faisait sentir au plus tard une demi-heure après l'injection.

Comme le dit M. le docteur J. Bonnemaison, l'idée doit en être venue à l'esprit de bien des confrères; bien d'autres l'ont peut-être aussi mise à exécution; et sans avoir non plus aucune prétention au grand prix, je crois être un de ceux qui ont cherché, et je viens tout bonnement exposer ce que j'ai trouvé, trop heureux si ce que j'ai fait pouvait contribuer à faire faire beaucoup mieux.

En attendant, veuillez, je vous prie, cher confrère, agréer l'assurance de la plus vive sympathie de votre dévoué serviteur.

Dr E. MASSART.

CLINIQUE MÉDICALE

DU PSORIASIS DE LA LANGUE ET DE LA MUQUEUSE BUCCALE;

Par Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

Parmi les nombreuses affections qui se développent dans l'intérieur de la bouche, celle qu'on a désignée sous le nom de *psoriasis* de la muqueuse buccale est une des plus intéressantes et des plus dignes, à tous les points de vue, d'être sérieusement étudiée.

Son histoire jusqu'ici n'a été qu'ébauchée, et cela tient sans doute à ce qu'elle n'est pas facile à faire d'une façon complète et satisfaisante. Sa pathogénie, en effet, est complexe et fort obscure. Son diagnostic présente parfois des difficultés qui déjouent la sagacité des praticiens les plus expérimentés. Son pronostic est incertain. Quant à son traitement, il n'a donné que des résultats nuls ou insignifiants, bien qu'on ait employé tous les substitutifs, tous les fondants et résolutifs, etc., de la matière médicale.

Les lésions qui constituent le psoriasis buccal se rattachent à des états généraux ou locaux essentiellement différents. Dans la grande majorité des cas, ces lésions ont un caractère de bénignité qui persiste jusqu'aux phases les plus avancées du processus. Mais il arrive parfois que la prolifération superficielle des éléments épi-

---

voué tout entier à la prospérité d'Allevard; il y a consacré sa vie, son intelligence et sa fortune. Il n'a reculé et il ne recule devant aucun sacrifice pour seconder les vues de M. Niepce et pour doter Allevard d'un établissement modèle où se trouvent réalisés tous les plus utiles perfectionnements. Toujours présent dans la grande galerie, il veille à tout, et chacun reçoit de lui l'accueil le plus affable et le plus obligeant.

Quittons maintenant le Dauphiné et gagnons la Haute-Savoie. Au delà d'Albertville, on entre dans la Tarentaise, splendide vallée, ou plutôt jardin délicieux de la plus riche végétation, de la culture la plus soignée. Le sommet des montagnes est couvert de neige; c'est l'hiver avec ses glaces sur nos têtes, et l'été avec sa verdure, ses fleurs et ses fruits sous nos pieds et tout autour de nous. Mais à mesure qu'on avance, la vallée se rétrécit, elle devient sévère et sauvage, les montagnes sont plus abruptes, les cascades tombent plus écumeuses, l'Isère bouillonne davantage, mugit et bondit avec plus de fracas; les rochers, se rapprochant de plus en plus, semblent vouloir nous barrer tout à fait le chemin. Nous passons cependant, mais dans une gorge étroite et sinueuse, au sortir de laquelle nous sommes à Moutiers, chef-lieu de la Tarentaise. Quand on est sur la place de cette ville, et en présence du panorama qui s'offre aux yeux ébahis, on se demande instinctivement : « Comment ai-je pu arriver ici? et comment pourrai-je en sortir? » C'est qu'on se trouve au milieu d'un cirque et au fond d'un entonnoir formés par des montagnes, qui entourent la ville d'une enceinte continue et la dominent de tous les côtés, sans laisser apercevoir aucune ouverture et aucune issue entre leurs parois infranchissables.

Un char est prêt, nous partons pour Salins. Il y a quelques années, nous avions visité Salins du Jura, nous voulions voir cette fois Salins de Moutiers. Aux portes de la ville, on s'engage dans un sombre ravin perdu au milieu des rochers, sans végétation, et dans lequel coule le

théliaux devient profonde, envahissante, destructive, et dégénère en une affection épithéliomateuse des plus graves.

Cette affection n'est pas fréquente, et pourtant, de toutes les régions de l'économie, la bouche est une des plus constamment stimulées par les causes excitantes normales ou anormales, capables de faire naître les processus organo-pathologiques variés qui procèdent de l'inflammation.

Il était donc naturel qu'on fît jouer un rôle considérable, dans la pathogénie du psoriasis buccal, à tous les agents qui, mis en contact avec la muqueuse, ou éliminés par elle, sont aptes à produire une irritation morbide dépassant les bornes de l'excitation physiologique inhérente aux fonctions de la mastication et de l'insalivation.

Ce rôle est-il de premier ou seulement de second ordre? Eh bien, dans cette affection, comme dans presque toutes les autres de même nature, si localisées qu'elles soient, l'influence étiologique vraiment active et prépondérante, paraît avoir sa source dans une disposition morbide générale de l'organisme. Sans doute, il n'est pas toujours facile de découvrir cette disposition morbide générale, ni possible de la préciser et de la définir; mais, d'autres fois, elle se manifeste avec une telle évidence qu'elle s'impose aux esprits les plus prévenus.

Le psoriasis de la muqueuse buccale n'est donc pas une affection simple procédant des mêmes causes, suivant la même marche, présentant les mêmes terminaisons, exigeant les mêmes indications dans tous les cas, etc. Il est le plus souvent un mode pathologique par lequel se traduit, suivant un processus anatomo-pathologique à peu près toujours semblable à lui-même, l'action nocive de plusieurs maladies constitutionnelles sur la muqueuse buccale.

Il en résulte que cette sorte de psoriasis, se rattachant quelquefois par des liens de causalité plus ou moins visibles, à quelques-unes des grandes maladies constitutionnelles, chacune d'elles lui imprimera une qualité spécifique, et la classera dans son cadre nosologique le plus naturel.

Cette affection ne devra être considérée comme idiopathique et purement locale que quand il aura été impossible, malgré les investigations les plus suivies, de découvrir chez le malade aucune trace de maladie constitutionnelle.

Dans cette espèce de psoriasis se rangent ceux qui surviennent spontanément et ceux qui sont provoqués et entretenus par une irritation exagérée et anormale de la muqueuse buccale.

Doron, torrent impétueux s'il en fut, et dont les eaux fougueuses vont se précipiter dans l'Isère. C'est au fond de cette gorge et à la base d'un immense rocher, appelé le Roc-du-Diable, qu'il faut aller chercher les eaux de Salins. Rien de plus triste que ce site qui nous a rappelé Pfœffers : aucune perspective, aucun horizon, rien que d'immenses murailles de rochers entre lesquels on se sent enfermé, et dont les cimes, d'une hauteur vertigineuse, vous laissent à peine entrevoir quelques lambeaux du ciel. C'est la désolation même. Très-éminent confrère, Monsieur Brierre de Boismont, permettez-moi de vous demander si ce ne serait point parmi les baigneurs de Salins que vous auriez observé ces cas de mortel ennui et d'accablante tristesse que vous avez si bien décrits sous le nom de *Tædium vitæ*? L'établissement, car il y en a un, s'harmonise avec le site, il est navrant à voir : que doit-il être à habiter? Il paraît qu'on y mange de la marmotte; puisse cette nourriture produire sur les convives l'effet égayant du protoxyde d'azote!

Pour voir la source, il faut descendre sous une voûte obscure et arriver ainsi à un bassin de plusieurs mètres de superficie, dont la sonde n'a jamais pu atteindre le fond. C'est là qu'émerge à flot, et en bouillonnant, l'eau minérale. Au moment du tremblement de terre de Lisbonne, elle a, dit-on, cessé de couler pendant quarante-huit heures. Sa température est de 37 degrés centigrades environ; elle a la même composition chimique et la même saveur que l'eau de la mer. Avant l'annexion de la Savoie, elle servait à faire du sel; on voit encore à Moutiers les restes de la saline où elle était amenée pour y être soumise à l'évaporation. Aujourd'hui, la saline est abandonnée, et l'eau qui n'est point utilisée pour le service de l'établissement se perd dans le torrent. Cette eau salée, saturée des principes minéraux les plus actifs et les plus reconstituants, et dans laquelle on prend de véritables bains de mer à haute température, est d'une incontestable efficacité quand il s'agit de remédier à certaines cachexies,

Enfin le psoriasis, précurseur de l'épithélioma, formera une espèce spéciale aussi digne d'intérêt que les autres, et plus importante qu'elles au point de vue du pronostic.

PREMIÈRE PARTIE

EXPOSITION ET ANALYSE DES FAITS

Avant de donner une description du psoriasis buccal, je commencerai par exposer et analyser quelques-uns des cas que j'ai observés, afin que chacun puisse se faire une idée de l'affection, en étudiant au point de vue clinique la plupart des détails qui se rattachent à son histoire.

OBSERVATION I

M. X..., âgé de 32 ans, vint me consulter en décembre 1871, pour une affection chronique de la langue et de la muqueuse buccale qui présentait tous les caractères du psoriasis bucco-lingual, et qui durait depuis quatorze ans. Sa constitution était vigoureuse, et il se portait habituellement bien. Cependant, à l'âge de 12 ans, il avait eu une fluxion de poitrine grave, et, pendant le siége, il avait contracté un rhumatisme articulaire aigu qui l'avait retenu un mois au lit.

A diverses reprises il avait eu également des éruptions cutanées répandues sur toute la surface du corps; la première, survenue à l'âge de 28 ans, ressemblait à la gale; elle s'est reproduite plusieurs fois. — Pendant l'été de 1871, une éruption de boutons rouges avait poussé dans le dos, où elle avait formé une large plaque, guérie au bout de quinze jours, et traitée par des purgations répétées et par quatre cuillerées à bouche chaque jour d'essence alcaline de salsepareille de Fontana.

Le malade était autrefois très-sujet à des maux de gorge, qui étaient toujours légers et de courte durée.

Il n'a jamais eu de chancres, et je ne parviens à découvrir dans ses antécédents aucune trace de manifestations syphilitiques récentes ou anciennes. A l'âge de 18 ans, il a contracté une blennorrhagie; et, comme l'affection linguale s'est développée peu de temps après, il lui attribue une origine vénérienne. Cette blennorrhagie a été très-tenace et s'est reproduite plusieurs fois sous la forme aiguë.

On peut voir déjà, par cet exposé étiologique, combien il sera difficile de déter-

---

de réparer les forces et de restaurer une santé délabrée. Pour soustraire les malades à la tristesse de l'établissement, nous leur donnerions le conseil de se loger à la ville, où il y a de bons hôtels, et de n'aller à Salins que pour y prendre leurs bains; la distance n'est que d'un kilomètre.

Lorsqu'on veut aller aux eaux de Brides, il faut passer par Salins; au delà de Salins, la route quitte le fond de la gorge, elle monte en lacets sur le flanc des montagnes et déroule les tableaux les plus émouvants : d'un côté, des rochers nus et sauvages dont les masses colossales entassées les unes sur les autres s'élèvent à de prodigieuses hauteurs; de l'autre, d'effroyables précipices dont les yeux peuvent à peine mesurer la profondeur, gouffres béants toujours prêts à vous engloutir, et que l'on côtoie avec une téméraire insouciance.

Nous étions sur le déclin d'une belle journée de juin, le temps était pur, pas un souffle ne troublait le calme de l'air; c'était la plus magnifique soirée que l'on puisse rêver. Nous gravissions lentement la route escarpée, suspendue au-dessus des abîmes; je me sentais comme anéanti en présence de toutes ces grandeurs; et dans une muette contemplation, je me recueillais en moi-même pour mieux admirer cette nature écrasante et sublime. Tout à coup, à un détour de la route, apparaît un spectacle inattendu et féerique; une montagne embrasée, de dix mille pieds de hauteur, se dresse en face de nous, et déploie sous nos yeux et dans toute son immense étendue des teintes ardentes d'un rouge de feu. On eût dit un incendie ou quelque gigantesque brasier allumé dans les airs pour éclairer, à la nuit tombante, toutes ces scènes et tous ces aspects saisissants et grandioses; c'étaient les neiges et les glaciers de Lavanois et de Champagny qui flamboyaient sous les rayons du soleil couchant.

Après une heure de montée, nous avions atteint une petite vallée, riante et gracieuse oasis de verdure au milieu d'un encadrement de glaciers. Notre char prenait le galop, franchissait

miner la nature de l'affection psoriasique buccale, en se fondant sur les causes constitutionnelles plus ou moins probables qui ont pu lui donner naissance.

Parmi ces causes, il en est une, la syphilis, qu'il faut écarter tout d'abord, quoique, depuis quatorze ans, le malade soit convaincu que c'est elle qui est l'origine de tout le mal. Ce préjugé existe, du reste, chez tous les patients, et aussi, il faut bien le dire, chez la plupart des médecins qui n'ont pas une grande habitude de diagnostiquer et de soigner les maladies vénériennes. Le malade n'a eu qu'une blennorrhagie, et il est inutile de faire remarquer qu'il n'existe absolument aucune connexion entre la blennorrhagie uréthrale et le psoriasis buccal.

Il n'y avait pas plus de trace de scrofule que de syphilis, et la seule manifestation peut-être constitutionnelle, chez ce malade, c'était le rhumatisme articulaire aigu survenu pendant le siége. Mais, quoique cette affection se soit produite occasionnellement, et à une époque où le psoriasis buccal avait déjà quatorze ans d'existence, irai-je dire que ce dernier est arthritique? Non. Les liens de parenté entre ces deux affections ne sont pas suffisants pour les rattacher toutes les deux au même état général constitutionnel. Autant il est utile de remonter le plus loin possible au point de départ, à la vraie source de certaines affections locales, autant il serait puéril de prendre prétexte des moindres coïncidences phénoménales pour faire tout procéder de la même unité morbide. Aujourd'hui, on tombe un peu dans les excès de la généralisation pathogénique. C'est une mode qui passera comme a passé celle des localisations à outrance. Tâchons de rester dans la vérité des faits en ne leur demandant que ce qu'ils peuvent donner. Que dire de ces éruptions cutanées qui se sont reproduites plusieurs fois? Quelle était leur nature? On ne peut faire, à cet égard, que des hypothèses, mais il est bien permis d'affirmer, vu leur fugacité, qu'elles n'étaient pas psoriasiques. Doit-on les considérer comme une émanation de l'arthritisme? Je ne le pense pas, quoiqu'il me soit difficile de prouver le contraire.

II

A l'époque où l'affection de la bouche et de la langue s'est déclarée, M. X... fumait, mais très-modérément. Depuis, il fume beaucoup plus, surtout la pipe, et brûle pour 25 centimes de tabac chaque jour. Il vit dans des conditions hygiéniques excellentes.

L'usage du tabac à fumer, son abus, si l'on veut, car tout est relatif en cela, paraît avoir été la seule cause occasionnelle de ce psoriasis buccal. C'est même, dans l'étiologie, la circonstance capitale et l'unique qu'on puisse invoquer pour

---

une grille, s'engageait sous une belle allée de platanes, et s'arrêtait devant une vaste et jolie habitation : c'était l'établissement de Brides-les-Bains.

Le directeur nous accueillit de la manière la plus aimable et la plus empressée, et nous fit les honneurs de son établissement. Il nous montra plusieurs beaux salons destinés aux jeux, au billard, à la lecture, à la musique; puis une longue suite de chambres à coucher d'une tenue irréprochable. Nous ne pouvions dissimuler notre surprise à la vue de tant de comfort et d'élégance dans un site qui, par ses abords et par son caractère, semblait devoir être inaccessible à la vie sociale. Nous visitâmes ensuite de nombreux cabinets de bains et de douches, tous parfaitement installés, et nous arrivâmes à la source qui émerge dans le jardin sous un petit kiosque. L'eau de Brides est limpide, elle exhale une légère odeur sulfureuse : sa température est de 36 à 37 degrés centigrades; sa saveur est aigrelette et saline; l'estomac la supporte facilement; elle contient de l'acide carbonique libre et combiné, un peu de gaz sulfhydrique, du chlorure de sodium, du carbonate et de l'arséniate de fer et de chaux. Légèrement diurétique et purgative, elle est surtout tonique et reconstituante. Indiquée dans certaines affections de la vessie et du foie, et dans la paresse de l'estomac et de l'intestin, elle ne l'est pas moins dans la chlorose, l'anémie et le lymphatisme. Ses propriétés curatives lui attirent tous les ans un grand nombre de malades venus principalement de la Suisse, de l'Italie et de la Savoie. Brides doit être un séjour délicieux, puisqu'on y trouve tout ce qui peut faire l'agrément de la vie au milieu de beautés de la nature qui sont de premier ordre.

La nuit était venue, une de ces admirables nuits d'été, dont l'obscurité diaphane permet de tout distinguer et de tout voir, et qui sont bien moins la nuit que la continuation du jour, avec une teinte plus douce et plus pâle, mais encore lumineuse. Les montagnes de Champagny et de Lavanois n'avaient plus la couleur du feu, mais leurs pyramides et leurs aiguilles

expliquer sinon l'invasion du mal, du moins sa persistance. J'aurai souvent l'occasion de revenir sur cette influence étiologique du tabac, à laquelle on a fait jouer un grand rôle dans la production du psoriasis et de l'épithélioma de la cavité buccale.

M. X... s'est marié à l'âge de 29 ans; il n'a pas d'enfants. Il a vécu avec plusieurs maîtresses et ne leur a jamais communiqué sa maladie, non plus qu'à sa femme, bien qu'il n'ait pris aucune précaution, même à l'époque où le psoriasis était dans ses phases d'exulcération.

III

Au moment où j'examinai M. X..., il présentait l'état suivant :

Santé générale excellente; embonpoint considérable; aucune éruption sur la peau. Pas d'adénopathie ni dans les aines ni à la nuque. Aucune trace de syphilis ni de scrofule sur les points du corps accessibles à l'exploration directe.

La langue est d'un rouge un peu foncé; ses veines ne sont pas variqueuses. Elle est déchiquetée sur ses bords par des cicatrices irrégulières. Sur quelques parties, elle est dépouillée de son épithélium et présente à ce niveau une surface unie, rayée de petites lignes irrégulières.

Sur la moitié antérieure de sa face supérieure existent des plaques opalines blanches, peu saillantes, non entourées d'une auréole inflammatoire. Il en existe aussi de semblables sur les bords; mais il n'y en a ni sur la face inférieure, ni à la base de l'organe.

L'isthme du gosier et l'arrière-cavité du pharynx ne présentent aucune lésion.

Sur la lèvre supérieure, à droite, ulcérations croûteuses occupant le bord libre cutané et la muqueuse, plus prononcées au niveau de la commissure, entremêlées de plaques opalines et de traînées blanches qui se prolongent sur la muqueuse des joues, où elles acquièrent une épaisseur considérable le long de la ligne qui correspond à l'interstice des dents.

Toutes ces lésions ne causent qu'un peu de cuisson et une légère douleur. Les diverses sensibilités et la motilité de la langue sont intactes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

de glace se projetaient dans les airs et se détachaient, par leur blancheur, de l'azur foncé du ciel. De leur base se précipitait, de cascade en cascade, le fougueux Doron, dont les eaux mugissantes se brisaient avec fracas contre les rochers, rejaillissaient en flocons d'écume, et scintillaient avec l'éclat de l'argent et du cristal. C'était merveilleux à contempler!... Et au bord de ce torrent, et au pied de ces montagnes de granit, de glace et de neige, un jardin délicieux de fraîcheur, de charmants bosquets, des berceaux de fleurs et de verdure!... Hélas! il fallait partir.

Dr E. Guibout,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Éphémérides Médicales. — 16 Octobre 1777.

L'abbé Fillassier, membre de plusieurs Académies du royaume, écrit aux rédacteurs de la *Gazette de santé*, et les entretient de la cure quasi-miraculeuse de l'une de ses pénitentes, madame de l'Aubespine. Il attribue toute la guérison au savant médecin qui l'a soignée en dernier lieu. Et savez-vous quel était ce savant médecin, qui n'est pas nommé dans la lettre? Marat, docteur en médecine, médecin des gardes du corps du comte d'Artois, celui-là même qui, quelques années plus tard, demandera 100,000 têtes pour sauver la république! — A. Ch.

École médicale de Lyon. — M. Bergeon, docteur en médecine, est nommé suppléant de thérapeutique et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

École de médecine de Dijon. — M. le docteur Crouigneau, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé suppléant honoraire de ladite École.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

DE LA DYSENTERIE CHRONIQUE DES PAYS CHAUDS ET DE SON TRAITEMENT PAR LA DIÈTE LACTÉE, par Charles CLAVEL. (Thèse; Paris, 1873.)

Le lait, par ses propriétés nutritives, peut combattre très-efficacement l'anémie et l'affaiblissement souvent extrême du dysentérique; il favorise également la cicatrisation des lésions quelquefois si profondes de l'intestin.

Le lait d'ânesse, qui est plus léger que celui de la vache, et qui renferme moins de beurre, convient surtout chez les dysentériques qui ont en même temps une lésion hépatique, parce que, dans ce dernier cas, la bile, qui joue un si grand rôle pour l'émulsion des matières grasses, est sécrétée et déversée dans l'intestin en moindre abondance.

Le lait peut être administré pur ou additionné d'un peu d'eau de chaux, pour qu'il soit mieux supporté par l'estomac, ou coupé avec un peu d'eau. — On commence d'abord par en faire prendre un litre dans les vingt-quatre heures, et en porter la quantité, au bout de quelques jours, à trois ou quatre litres. Le lendemain et le surlendemain de l'emploi de la diète lactée, on peut remarquer que la diarrhée devient plus considérable; mais, au bout de quelques jours, la constipation est tellement prononcée qu'on est obligé d'avoir recours à un lavement huileux. (*Voir, sur le même sujet, les thèses de Henri Bizien et de J. Hodoul.* 1873.) — H. H.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CROUP, par le docteur Jules CALLANDREAU-DUFRESSE. Paris; 1873. Ad. Delahaye. In-8° de 74 pages.

Dans ce travail, l'auteur passe en revue les altérations des muscles thyro-arythénoïdiens, les lésions cardiaques (myocardite, endocardite), quelques accidents de la trachéotomie (hémorrhagies immédiates ou consécutives, emphysème, syncope, gangrène du poumon), l'examen des urines et de la température.

Cette thèse offre un résumé fort succinct de toutes ces questions. — H. H.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 octobre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu *négatif* des maladies épidémiques dans le département de Maine-et-Loire pendant l'année 1872.

2° Un exemplaire des rapports des épidémies du département de la Somme pour l'année 1872.

La correspondance non officielle comprend une note de M. le docteur Netter sur le choléra.

M. DELPECH présente le tableau de la situation du choléra, du 7 au 13 octobre inclusivement :

	Hôpitaux civils. Entrées.		Décès.	Hôp. mil. Décès.	Domicile Décès.	Totaux des décès.
7 octobre. .	7 (dont	2 intér.)	6	2	6	14
8 —	3	1	4	0	0	4
9 —	4	0	0	1	2	3
10 —	7	2	3	1	3	7
11 —	10	3	4	0	5	9
12 —	5	1	4	1	4	9
13 —	4	0	3	0	7	10
Total. . . .	40	9	24	5	27	56

« Il résulte de ce tableau que le mouvement de décroissance de l'épidémie cholérique a subi cette semaine un temps d'arrêt; le nombre des décès s'est même accru de 5 sur celui de la semaine précédente (56 au lieu de 51). C'est, cette fois, la mortalité de la ville qui constitue la différence (de 17 à 27). Les hôpitaux militaires ont enregistré 5 décès (3 septembre). Les hôpitaux civils, au contraire, continuent à s'améliorer. On n'y a constaté que 21 décès au lieu de 32. Il ne s'y est développé à l'intérieur que 9 cas de choléra (au lieu de 10). Les

malades venus de l'extérieur ont été au nombre de 31 au lieu de 27. Ces deux derniers chiffres ne constituent évidemment aucune différence sérieuse.

Dans les hôpitaux, les décès considérés au point de vue du sexe se sont égalisés (24 hommes et 24 femmes). Le nombre des femmes admises s'est abaissé pendant cette période : il a été de 27, tandis qu'il entrait 37 hommes. A ce point de vue, la proportion s'est renversée.

En résumé, il ne faut voir dans ces différents faits que les oscillations observées dans toutes les épidémies. L'accroissement insignifiant du nombre des décès, qui ne se sont pas même élevés au chiffre de l'avant-dernière semaine, ne paraît devoir inspirer aucune crainte pour l'avenir. »

—

M. LARREY présente, au nom de M. le docteur Durand (de Lunel), une brochure intitulée : *Une synthèse physique, ses inductions et ses déductions.*

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux membres correspondants étrangers. Sont nommés : MM. van Beneden (de Louvain) et Barnes (de Washington, par 42 suffrages sur 44 votants.

M. CHEVALLIER, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

—

M. COLIN continue la lecture du mémoire qu'il avait commencé mardi dernier sur la septicémie.

Deuxième question : *A quelle dose le sang putréfié hors de l'économie, ou altéré par le fait de la septicémie, peut-il produire une affection mortelle?*

Dans les expériences qu'il a faites sur les quantités infinitésimales, les dilutions ont été opérées en une seule fois avec la masse d'eau voulue; les gouttes de mélange, prises à l'aide d'une baguette de verre, ont été déposées sur la lancette qui les insérait dans la peau ou le tissu cellulaire sous-jacent. En voici les résultats :

1° Les dilutions de sang putréfié hors de l'organisme, au millième, même au centième, n'ont rien produit sur le lapin à la dose de une, deux, trois gouttes insérées au moyen de la lancette tant dans le derme que dans le tissu conjonctif.

2° Mais les dilutions de sang d'animaux septicémiques se sont, à ces mêmes doses, toujours montrées fertiles. Ainsi une goutte de dilution au trois-centième obtenue par le mélange directe d'une goutte de sang avec 10 grammes d'eau a tué un lapin en vingt-six heures. Une goutte de dilution au millième, mélange de 1 goutte de sang avec 33 grammes d'eau, a tué un autre lapin en trente-six heures. Une goutte de dilution au dix-millième, dans laquelle le calcul indiquait 14,000 globules, a tué un lapin dans les mêmes délais. Enfin, une fois, la dilution au cent-millième, obtenue d'une goutte de sang dans 3,500 grammes d'eau, a fait périr, à la dose de deux gouttes, un jeune lapin en trente-six heures, avec des lésions très-caractéristiques, comme la vive rougeur de la plaie, l'injection des ganglions inguinaux, du pancréas d'Aselli et des glandes de Peyer. Mais un deuxième lapin semblable au premier, inoculé en même temps, avec la même dilution et aussi à la dose de deux gouttes, portées par la lancette sous la peau des jambes, n'en a pas été indisposé, si bien qu'un mois après il se trouvait vivant et en très-bon état.

Quant aux dilutions à un titre plus faible, toujours faites directement avec la quantité d'eau voulue et utilisées sur-le-champ, elles n'ont donné que des résultats négatifs.

M. Colin a observé que la minime fraction de sang qui tue à l'état de dilution ne tue plus si elle est inoculée sans addition d'eau. Cette différence mérite d'être notée. L'eau agit, suivant lui, en facilitant la dissémination des particules septiques ou virulentes sur de grandes surfaces et en plaçant, par conséquent, ces particules dans les conditions les plus favorables à l'absorption. En outre, elle altère les globules, les gonfle, les dissout après les avoir dépouillés de leur matière colorante; elle agit, en somme, dans le sens de la putridité non-seulement sur le sang venu du dehors, mais encore sur celui que donnent les vaisseaux blessés par la lancette.

En demeurant à peu près d'accord avec M. Davaine sur les doses qui font naître la septicémie chez les lapins, M. Colin s'en éloigne beaucoup quant aux autres animaux et peut-être à l'homme. Il va sans dire qu'il n'a pas fait d'expérience sur l'homme, mais le fait de la rareté relative des accidents graves de la piqûre anatomique est une induction favorable à la résistance de l'homme contre la septicémie.

Quant aux animaux, M. Colin a fait des expériences comparatives sur le moineau, le rat, le chat, le chien, l'agneau, la brebis, le mouton, la chèvre, l'âne et le cheval, et il n'a pas obtenu d'effet appréciable de septicémie.

Ainsi, et quelle que soit l'explication que l'on donne de ce fait important, le sang des sujets septicémiques, doué d'une si grande puissance virulente sur le lapin, n'a plus d'action funeste, même à des doses considérables, sur un grand nombre d'animaux, parmi lesquels il faut peut-être compter l'homme. On ne doit donc pas trop s'effrayer des quantités infinitésimales, puisque leurs effets ont un caractère restreint, exceptionnel. Elles sont redoutables pour le lapin et les animaux qui partagent son extrême susceptibilité ; mais elles cessent très-heureusement de l'être pour le plus grand nombre. D'où la conclusion que les données expérimentales obtenues sur les animaux ne doivent pas être d'emblée appliquées à l'homme, ni même d'un animal à un autre.

3e question : *Les différents liquides de l'économie, les produits de sécrétion, le pus et les tissus altérés par la putridité ou par la septicémie jouissent-ils aussi de propriétés infectieuses ou contagieuses?*

L'auteur établit expérimentalement que la sérosité du sang, le chyle, la lymphe, la salive, les mucosités intestinales, l'urine, l'humeur aqueuse des chambres de l'œil, le pus des animaux septicémiques, c'est-à-dire leurs liquides normaux ou pathologiques, donnent la septicémie ; il en est de même des tissus plus ou moins imprégnés de sérosité ou de sang, muscles, glandes, etc. En somme, toute la substance du cadavre septicémique peut être dangereuse à des degrés divers.

Quatrième question : *Les produits volatils émanant de sujets septicémiques ou de leurs cadavres peuvent-ils donner la septicémie?*

De huit lapins qui reçurent des produits volatils de septicémiques, deux seulement périrent, les six autres survécurent. M. Colin se propose de revenir plus tard sur ces expériences et de les appliquer à des matières virulentes diverses, car elles lui semblent d'une immense portée au point de vue des théories proposées pour expliquer les contagions.

Cinquième question : *Les produits de la septicémie sont-ils inoculables par les muqueuses intactes, notamment par la muqueuse des voies digestives?*

M. Colin fait remarquer d'abord que le vautour et les autres rapaces, qui vivent de proie morte ; que le chien, le loup ; que l'homme lui-même, qui mange du gibier faisandé, absorbent sans inconvénient des produits septiques. Mais, pour réfuter l'objection qu'il s'agit ici de sujets réfractaires à la septicémie, il a fait des expériences sur des animaux les plus aptes à la contracter à doses infinitésimales, particulièrement sur les lapins. Les lapins n'ont éprouvé aucun accident. Il en a été de même d'une chèvre, d'une brebis et d'un agneau ; les rats, au nombre de 25, se sont comportés comme les ruminants et les lapins. Il en a été ainsi des chiens et des chats.

M. Colin a fait avaler à ces divers animaux des matières septiques tantôt putrides, tantôt virulentes, sans produire le moindre résultat. Il attribue cette immunité à l'élaboration que ces matières subissent de la part des liquides digestifs. Il est probable, suivant lui, que le sang et les tissus jouissant de propriétés contagifères ne se comportent pas, dans le tube digestif, autrement que le sang et les tissus à l'état normal. Tant que leur élaboration n'est pas complète ils demeurent virulents et non endosmotiques, par conséquent offensifs ; une fois parfaitement élaborés, ils perdent leur virulence et peuvent être absorbés sans inconvénient. D'autres muqueuses, la conjonctivite, par exemple, n'absorbent pas mieux les virus septicémiques que la muqueuse gastro-intestinale. Des expériences de M. Colin l'ont démontré.

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

JOURNAL DES JOURNAUX

Dysidrosis ; éruption non décrite, par M. Tilbury Fox. — Dans une récente leçon à *University College hospital*, le célèbre dermatologiste anglais, sur la description minutieuse d'un seul cas de ce genre, en donne une explication qui peut se résumer ainsi : Éruption vésiculeuse, transparente comme des grains de millet, avec une base rouge produite par la distension des glandes sudoripares. Des bulles résultent de la réunion de ces vésicules, et des papules de leur avortement ; des plaques blanches formées par l'épiderme soulevé résultent aussi de la macération par la sueur, qui devient âcre et acide au contact de l'air.

Cette éruption simule au premier abord un eczéma aigu et est confondue avec lui dans les lèvres ; mais, bien qu'elle puisse le produire par l'âcreté de la sueur, elle en diffère essentiellement par son siége anatomique et ne donne pas lieu à une sécrétion purulente ni à des croûtes comme lui. Elle ressemble à l'érythème papuleux lors de l'abortion des vésicules.

Ce n'est pas davantage l'*hydroa* de Bazin, comprenant l'urticaire bulbeux, l'érythème papuleux, la miliaire et autres affections semblables, suivant l'auteur ; ni l'hydrosis, la miliaire, les sudanima résultant de sueurs profuses.

C'est ici une éruption idiopathique s'observant chez les personnes faibles, déprimées, suant facilement et névropathiques. Sa durée a été de 8 à 10 jours avec des variations successives. Quelques rares vésicules entre les doigts ou les orteils la constituent parfois avec expulsion du liquide et enlèvement de l'épiderme. Elle détermine du prurit, surtout la nuit, et empêche même le sommeil ; les pieds, les mains, la face et les avant-bras en sont aussi atteints, surtout chez les goutteux.

Son nom indique l'élimination difficile de la sueur, car cette maladie n'est que sa rétention dans le follicule, comme l'acné dans les glandes sébacées. Il s'agit donc de la faciliter par l'usage interne des diurétiques, de la quinine et de la strychnine. Le cérat de Goulard, des pommades phéniquées, avec la poudre de calamine, le baume du Pérou, sont les moyens les plus efficaces pour la guérison. (*Bristish med. Journal*, 27 septembre.) — P. G.

Du traitement des fractures du membre inférieur par les appareils. — Il s'agit d'une boîte quadrangulaire dans laquelle le membre est déposé et soumis à une extension continue au moyen d'un treuil. Deux fenêtres latérales permettent l'examen facile et le pansement de la fracture sans déplacement. Une suspension permet de donner au membre l'inclinaison et l'élévation la plus commode au malade pour se coucher, se soulever, se mettre sur son séant. Elle permet même au blessé, dit l'inventeur, M. le docteur Noiset, médecin-major, de sortir de son lit chaque jour pour se transférer sur un appareil roulant, formé d'un plancher à roulettes supportant un fauteuil et un chevalet destiné à fixer la boîte suspendue par une poulie. (*Rec. de méd. et chirur. milit.*, mai-juin.)

En vérité, tout ce mécanisme si compliqué ne devient-il pas inutile, sinon dangereux, devant l'immobilité reconnue aujourd'hui indispensable jusqu'au quarantième ou cinquantième jour pour éviter le détachement et le transport des caillots qui se forment au siége même de la fracture, et éviter ces embolies si dangereuses, ces morts subites par le moindre mouvement?

Liquide laiteux dans un kyste ovarique. — Dans la séance du 7 juillet dernier de la Société de médecine du canton de Fribourg, M. le docteur Perrin a communiqué l'observation d'une femme de 47 ans, atteinte d'un kyste ovarique, dont la première et la seconde ponction donnèrent issue chacune à huit bouteilles d'un liquide blanc comme du lait, qu'il a présenté.

En proie à une intoxication mercurielle aiguë, cette femme était plongée dans le collapsus et une profonde anémie, avec œdème des extrémités. Deux ponctions faites de douze à vingt-huit jours d'intervalle ont donné issue à un liquide de même nature, ayant tous les caractères extérieurs d'un lait crémeux ou d'une émulsion d'amandes douces parfaitement blanche. Homogène, doux et onctueux au toucher, collant aux doigts, il offre quelques grumeaux blancs et son odeur est celle de la crème non altérée. Il laisse une tache blanche, empesée, pulvérente sur l'étoffe; densité, 1,002; réaction neutre.

Examiné au microscope et analysé chimiquement, il s'est montré formé d'une forte proportion de graisse en émulsion dans un liquide albumineux contenant une certaine quantité de pus.

L'absence de liquide semblable, dans les observations relatées jusqu'ici, rend cette observation neuve et intéressante, qui peut être l'objet d'indications thérapeutiques spéciales. (*Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande*; août.) — P. G.

FORMULAIRE

Potion alcaline antirhumatismale. — Oke.

Iodure de potassium.	1 gr. 20 centigr.
Liqueur de potasse (pharmacopée anglaise) .	6 grammes.
Sesqui-carbonate d'ammoniaque.	1 —
Sirop de gingembre	20 —
Hydrolat de menthe	180 —

F. s. a. une potion dont on donnera 30 grammes par jour, dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, pour fortifier la santé générale et prévenir les rechutes. — N. G.

M. Fort recommencera ses *cours particuliers* le lundi 20 octobre. Il y aura *deux leçons* par jour, dans l'amphithéâtre de la rue Antoine-Dubois, n° 2, et dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique. Les élèves seront exercés aux *dissections*.

Pour les renseignements et l'inscription de ces cours, s'adresser, tous les matins, rue Caumartin, 12.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Choléra et Chloralum (1)

Par le Dr Henry BLANC,
Membre du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre,
Ancien médecin en chef des hôpitaux de Rajkote et de Sattara (Indes-Orientales), etc., etc.

LE CHLORE. — Cette substance agit en enlevant l'hydrogène aux composés organiques ou en facilitant l'oxydation en s'emparant de l'hydrogène de l'eau. Le chlore est obtenu généralement du chlorure de chaux, un composé qui cède du chlore facilement quand il est traité par les acides minéraux; il cède lentement de l'acide hypochlorique (un agent encore plus actif que le chlore), lorsque l'on expose le chlorure de chaux à l'action de l'acide carbonique de l'air. Néanmoins, au dire de l'auteur de l'article de la *Lancet*, que j'ai déjà cité, le chlore a été trop estimé. Il est vrai qu'en petites quantités, il détruit l'odeur; mais il faut une quantité considérable de chlore pour tuer la vie organique inférieure. La pratique ordinaire, qui consiste à placer des assiettes contenant du chlorure de chaux dans les chambres de malades, hôpitaux, etc., est, non-seulement *inutile*, *mais dangereuse*, comme tendant à provoquer une fausse sécurité. Le seul avantage que l'on puisse retirer du chlore, c'est pour la désinfection des chambres, des meubles, etc., après une maladie, et encore faut-il bien se souvenir de l'action destructive du chlore sur les métaux et sur les tissus de couleur.

ACIDES SULFUREUX, NITREUX; OZONE. — De ces agents, l'acide sulfureux est le plus puissant; il est bon marché et d'une application facile. Mais les fumigations, soit avec les acides sulfureux ou nitreux, doivent être entourées de grandes précautions. Ces gaz sont utiles pour désinfecter des chambres, après maladie, tant qu'elles sont inhabitées; mais elles devront être bien aérées avant d'être de nouveau occupées.

LE CHLORURE DE CHAUX. — Nous venons d'en parler au sujet du chlore. C'est un désinfectant médiocre; l'odeur qu'il dégage est désagréable, et, pour en obtenir des avantages réels, il doit être employé en quantités énormes.

LE CHLORURE DE SOUDE. — Mélange de chlorure et d'hypochlorite de soude, pro-

(1) Suite. — Voir les numéros des 4 et 11 octobre.

FEUILLETON

CAUSERIES

Commandeurs, officiers, chevaliers, je vous salue et vous donne de bon cœur l'accolade fraternelle! Sans doute, tous les appelés n'ont pas été élus; mais ne désespérez pas, vous que l'*Officiel* a oubliés cette fois-ci. L'année prochaine vous sera plus favorable assurément, et consolez-vous en pensant que les heureux de cette promotion ont attendu longtemps, bien longtemps leur incorporation dans la famille des crucifères, si nombreuse et si riche.

Qu'il me soit permis de féliciter particulièrement ceux que je connais et que j'aime; c'est bien naturel. J'y trouve d'abord un nom cher à notre confrérie, celui de M. Paul Andral qui, quoique non médecin, a rendu à la médecine de si bons offices, que la médecine tout entière doit applaudir à la distinction qu'il vient de recevoir. Il me suffit de rappeler, pour légitimer notre satisfaction, que M. Paul Andral, alors avocat, aujourd'hui conseiller d'État, a plaidé pour M. le docteur Gallard et pour l'UNION MÉDICALE, et a gagné le procès célèbre que douze homœopathes nous avaient intenté. Le plaidoyer de Me Paul Andral, recueilli par la sténographie et publié dans le volume (1) renfermant tous les documents de cette curieuse affaire, est certainement la réfutation la plus complète, la plus sérieuse et la plus scientifique de la doctrine et de la pratique homœopathiques.

Depuis, M. Paul Andral, comme membre du Conseil judiciaire et administratif du Conseil

(1) *La médecine traditionnelle et l'homœopathie.* In-8°, Paris, 1858. Aux bureaux de l'UNION MÉDICALE.

posé comme désinfectant par Labarraque en 1822. Il n'a qu'une importance pratique très-limitée.

LE PERMANGANATE DE POTASSE. — L'action de cette substance réside dans la facilité avec laquelle elle cède une partie de son oxygène aux produits de la putréfaction. Les manganates et les permanganates sont de bons « déodorizateurs; » mais, quoiqu'ils détruisent l'odeur nauséabonde des produits organiques, étendus d'eau, ils n'empêchent pas le développement des organismes inférieurs, et ils ne possèdent aucune action sur la putréfaction et sur la fermentation.

SULFATE DE FER. — Un antiseptique bien connu, utile, et qui possède aussi quelque action sur les mauvaises odeurs. On ne peut guère le recommander pour l'usage général; il est bien moins énergique comme antiseptique que d'autres substances dont nous parlerons, et, de plus, il produit des taches de rouille sur le linge, etc.

CHLORURE DE FER; CHLORURE DE MANGANÈSE; ALUN, et quelques autres sels semblables, ont été proposés comme désinfectants; mais ils n'ont aucun avantage sur le sulfate de fer, et ils lui sont inférieurs sous certains rapports.

CHLORURE DE ZINC. — Un désinfectant et un antiseptique puissant. Mais il ne peut être recommandé pour l'usage général, à cause de ses hautes propriétés vénéneuses. C'est un poison violent, qui a causé des accidents mortels quand il a été avalé par mégarde.

ACIDE PHÉNIQUE. — Un désinfectant et un antiseptique puissant. Mais c'est aussi un poison violent et qui a causé de nombreux accidents. — Il est dangereux aussi en ce sens qu'il inspire une fausse sécurité; son odeur masque les effluves et, dans la pratique, on n'est que trop enclin à se tenir satisfait de ce résultat; tandis que, pour en obtenir tous les effets voulus, il faudrait qu'il fût employé largement.

PHÉNOL SODIQUE DE BOBOEUF. — Solution d'un sel connu sous le nom de carbolate de soude. Il n'offre aucun avantage qui lui soit particulier.

POUDRE DÉSINFECTANTE DE CALVERT. — Mélange d'acide phénique et d'une poudre inerte, ayant les inconvénients de l'acide phénique, sans aucun avantage spécial.

SOLUTIONS PARFUMÉES DE MASON ET DE WESTERTON. — Ici on a voulu combattre

---

général de l'Association générale, a pris une part très-active à l'organisation de l'œuvre, nous a prêté l'appui de ses conseils et de sa parole, toujours très-écoutée dans les assemblées générales de l'Association. A Paris et dans les départements, M. Paul Andral a plaidé pour l'Association des affaires importantes. On voit qu'il a eu de bonne heure sous les yeux l'exemple de toutes les vertus professionnelles, et que, pour traiter si éloquemment et si parfaitement de l'honorabilité et de la dignité médicales, il n'a eu qu'à se souvenir du foyer paternel.

Je trouve un des nôtres dans cette promotion, un journaliste, et je lui serre cordialement la main, M. le docteur Bossu, rédacteur en chef de l'*Abeille médicale*, auteur de plusieurs ouvrages estimés : *Anthropologie médicale, Dictionnaire d'histoire naturelle, Traité des plantes médicinales, Compendium de médecine et de chirurgie, etc.* M. Bossu est encore, et depuis un tiers de siècle et à titre gratuit, médecin de l'asile Sainte-Thérèse, fondé par Mme la duchesse d'Angoulême et par Mme de Chateaubriand, asile consacré aux prêtres vieux et infirmes. On voit que M. Bossu présentait au moins autant de titres à cette distinction que bien d'autres qui l'ont reçue plus tôt. M. Bossu est, d'ailleurs, un excellent et très-digne confrère dont l'élévation fera plaisir à tout le monde.

Je trouve encore dans cette promotion un médecin inspecteur des eaux minérales. On en dira ce qu'on voudra à Aix, cela ne m'empêchera pas de penser et d'écrire que cette distinction accordée à l'inspection médicale des eaux thermales est très-juste et très-légitime. D'autant plus que celle-ci tombe sur un des confrères les plus aimables et les plus sympathiques, M. le docteur Collin, à qui l'établissement de Saint-Honoré doit certainement la faveur dont il jouit aujourd'hui auprès des médecins et du public.

M. le ministre de l'intérieur a récompensé les services de quelques confrères, médecins ou chirurgiens d'hôpitaux des départements, dont nous donnons plus loin la nomenclature. On

l'odeur puissante et spéciale de l'acide phénique que beaucoup de personnes n'aiment pas. Agréable pour le malade, mais d'une valeur antiseptique douteuse.

Ayant décrit les principaux désinfectants, il me reste à parler du « chlorure d'aluminium. »

Je préfère ce sel aux autres désinfectants pour les raisons suivantes : c'est un désinfectant antiseptique puissant, jouissant de deux propriétés dont les autres manquent; il est sans odeur, et ce n'est pas un poison.

J'admets et je reconnais que d'autres désinfectants antiseptiques, tel que l'acide phénique, sont d'une grande valeur, mais malheureusement ils sont odorants et vénéneux. Et voici ce que ces conditions entraînent : On répand dans une chambre de malade un mélange d'eau et d'acide phénique (ou de ses composés), et l'odeur mauvaise ou nauséabonde est sinon détruite du moins masquée; la chambre a une apparence de fraîcheur, et l'on n'est que trop porté à croire que l'on a obtenu l'effet voulu, et que la désinfection de la chambre est complète. En ouvrant les fenêtres, on aurait obtenu un meilleur résultat, car on ne s'est pas adressé à la cause des effluves, et si on a affaire au choléra, comme les évacuations eau de riz ne répandent pas d'odeur, on ne s'en occupe pas. Si, d'un autre côté, on versait dans les vases qui renferment les évacuations cholériques assez d'acide phénique pour y détruire le principe contagieux (et c'est ce qu'on devrait faire), alors l'atmosphère de la chambre serait imprégnée de l'odeur du désinfectant, et ce n'est pas en dire trop de mal que de considérer un air ainsi vicié comme peu agréable au malade et à ceux qui lui prodiguent des soins.

Mais quand il s'agit de désinfectants moins puissants, alors l'odeur est encore plus nuisible; prenons pour exemple le chlorure de chaux; comment s'en sert-on? On se contente d'en remplir des assiettes, et l'acide hypochlorique ou le chlore s'en dégage. Cela sent le chlore! Tout est fait, il n'y a plus de danger : que ce soit chambre de malade, lieux d'aisance, hôpital, etc., on ne craint plus rien, et le bon public lui-même est satisfait. J'ai vu ce mode de désinfection pratiqué dans une salle d'un des hôpitaux de Paris où plusieurs cas de choléra s'étaient déclarés; il aurait été plus simple de brûler des pastilles du sérail, l'effet aurait été le même, et l'odeur moins désagréable que celle du chlore.

Il ne faut pas non plus que le désinfectant qui doit se trouver partout, et qui doit être employé par tant de monde, soit un poison ; il serait oiseux de s'étendre longuement sur ce point. Certainement il vaudrait encore mieux se servir d'un

---

remarquera qu'aucun médecin ou chirurgien des hôpitaux de Paris ne figure dans cette promotion.

On remarquera encore que M. le ministre de l'instruction publique n'a proposé ou n'a obtenu aucune nomination dans l'enseignement médical, ni dans les Académies et Sociétés savantes.

Comme vieux journaliste, je ne peux que témoigner toute la part sympathique que j'ai prise à la nomination d'un vieux journaliste, de M. l'abbé Moigno, ancien rédacteur du *Cosmos*, et aujourd'hui des *Mondes*, aux fonctions de chanoine de Saint-Denis. On m'assure, et j'en suis bien aise, que c'est une bonne retraite pour ce vaillant et courageux esprit, qui l'a bien méritée. Ah! ah! mes chers collègues en journalisme médical, pourquoi n'avons-nous pas aussi quelque part un chapitre de Saint-Denis..... Serait-il indiscret d'y demander une place de chanoine après quarante ans de service?

Que se passe-t-il donc dans la région des bébés? La discorde est entrée dans le sein de la Société protectrice de l'enfance, à Paris. Je vois que le Congrès qui devait s'ouvrir le 8 octobre a été ajourné; que le président de cette Société a donné sa démission, que les deux vice-présidents veulent aussi se démettre de leurs fonctions, et que le secrétaire général récrimine contre les dignitaires de la Société; j'ignore absolument les causes de toutes ces émotions, et ne désire pas même savoir qui a tort ou raison. La seule chose que je puisse me permettre de dire, sans vouloir m'immiscer en quoi que ce soit dans des débats intérieurs, c'est qu'il faudrait de graves motifs pour faire oublier la reconnaissance due au fondateur de l'œuvre humanitaire qui a nom Société protectrice de l'enfance. J'espère que rien de tout cela n'existe, et que, après quelques petits orages, la sérénité va renaître dans ce milieu où elle

désinfectant vénéneux que de ne pas s'en servir du tout, mais si on peut obtenir des effets semblables, même meilleurs, par un désinfectant non vénéneux, cette propriété, à elle seule, devrait déterminer notre choix.

Le docteur Dougall, dans son Traité sur la valeur relative des diverses substances qui empêchent le développement des organismes inférieurs, les classe de la manière suivante : 1° sulfate de cuivre; 2° chlorure d'aluminium; 3° acide chromique; 4° bicromate de potassium, etc., etc.

Le docteur O'Nial a fait des expériences sur le temps nécessaire pour que des bactérides apparaissent dans de l'extrait de viande mêlé à des antiseptiques. Pour lui, l'agent le plus puissant pour arrêter ce développement serait le bichromate de potasse; après lui, mais bien inférieur, vient l'acide phénique; toutefois, ni l'un ni l'autre ne réussissent complétement. Le bisulphite de soude et le permanganate de potasse arrêtent à peine le développement des bactérides. Une forte solution de chlorure d'aluminium donne des résultats très-satisfaisants.

Dans le choléra, comme dans la plupart des maladies contagieuses, nous n'avons pas affaire à des bactérides, mais à des particules organiques aisément détruites, et il suffira d'une solution peu concentrée de chlorure d'aluminium pour produire cet effet; c'est une expérience facile à faire, car on peut sans difficulté se procurer, à Paris, de ce sel et des évacuations cholériques. Du reste, je ne propose pas que l'on place une confiance aveugle dans les conclusions que j'avance, et si des expériences bien faites venaient les démentir, je serais un des premiers à reconnaître et à proclamer l'erreur, si erreur il y a. Mais l'expérience pratique a déjà parlé. A Sattara (Indes-Orientales), j'ai obtenu un beau succès avec le chloralum, tandis que, pour une cause ou l'autre, d'autres désinfectants n'ont pas donné, dans d'autres endroits, d'aussi bons résultats; ainsi, à Leipsig, en 1867, le professeur V. Carus employa le sulfate de fer sur une grande échelle, et les résultats obtenus furent mauvais. A Stettin, durant la même épidémie, on traita toutes les évacuations cholériques avec de la chaux et du chlorure de chaux; ici, également, le résultat fut négatif. A Erfurt, on employa l'acide phénique en si grande quantité, que l'eau potable en avait le goût, témoignage irrécusable de l'empoisonnement des puits par les égouts; mais l'influence antiseptique ne put prévaloir, et le choléra causa une mortalité très-considérable. Si un agent non odorant avait été employé, on n'aurait pas été induit, par l'odeur, à supposer que la désinfection avait été radicale.

Je ne puis mieux terminer cette partie de mon sujet qu'en donnant l'opinion

---

est si nécessaire. On sait le vieux proverbe : « Quand les enfants s'amusent, les nourrices ont bon temps. »

Autre chose à propos des bébés. Nous avons reçu, et nous avons signalé à nos lecteurs, le prospectus d'un journal devant se publier à Lyon, sous la direction du docteur Brochard, intitulé : *Journal de la jeune mère*, etc. Quelques jours après, nous avons reçu le premier numéro d'un journal publié à Paris, et non plus par M. Brochard, et intitulé : *Journal des jeunes mères*, etc. Quel est donc ce mystère? nous demandions-nous, quand nous avons lu, dans le dernier numéro du *Lyon médical*, une lettre du docteur Brochard se plaignant vivement d'avoir été.... comment dirons-nous?... privé de son titre par un éditeur de Paris plus alerte que lui. Tout cela paraît bien singulier.

Il paraît qu'il est enfin très-sérieusement question du projet d'agrandissement de l'École de médecine. Les plans actuels me sont inconnus. Les plans anciens, ceux qui avaient été adoptés sous le règne de M. Haussmann, faisaient de l'École de médecine et de ses dépendances un vaste quadrilatère, dont la façade sud était la façade actuelle; la façade nord sur le boulevard Saint-Germain; la façade est sur la rue Hautefeuille, et la façade ouest sur la rue Larrey. Sur la façade nord, le boulevard Saint-Germain limitait un square-jardin botanique de la Faculté, qui s'étendait jusqu'au quai Saint-Michel. Ce square était orné de statues de grands professeurs de l'École de Paris. C'était très-beau, mais cela se traduisait par un nombre très-respectable de millions.

La ville de Paris est aujourd'hui bien appauvrie et peu disposée à sacrifier à la pure esthétique. Faisons des vœux pour que les architectes sachent concilier les exigences de la situation avec ce que réclame artistiquement un grand monument représentant la première École médicale de France.

d'un homme des plus compétents pour juger une semblable question. Le professeur Wauklyn s'exprime ainsi :

« Le but principal que nous nous proposons par l'usage des désinfectants est d'arrêter la putréfaction et d'empêcher que des solides ou des liquides n'émettent de mauvaises odeurs. Il ne manque pas d'agents chimiques capables de produire cet effet : le deuto-chlorure de mercure, le chlorure de zinc, l'acide phénique, l'acide arsénieux, le chloralum, le sulfate de fer, le sel marin, le chlorure de calcium, et beaucoup d'autres substances empêchent la putréfaction de s'établir; quelques-uns de ces agents font aussi disparaître les mauvaises odeurs.

« En choisissant un désinfectant pour l'usage général, il faut faire choix d'une substance qui soit, sous tous les rapports, efficace, et à laquelle on ne puisse faire de reproches sous d'autres points de vue.

« Le deuto-chlorure de mercure jouit d'une grande efficacité, mais c'est un poison violent, et cette raison nous le fait repousser pour l'usage général.

« Le même reproche s'attache au chlorure de zinc et à l'acide phénique, qui doivent être exclus à cause de leurs propriétés vénéneuses.

« Je considère le chloralum comme le meilleur désinfectant pour l'usage général; il est très-bon et non vénéneux. »

Le chloralum est une solution titrée de chlorure d'aluminium. D'après l'analyse du chimiste H. Endemann (de New-York), il renferme 21,0 pour 100 de chlorure d'aluminium; en outre, une quantité assez considérable de chlorure de calcium; la proportion des solides étant de 28,0 pour 100.

Pour l'usage ordinaire, cette préparation remplit toutes les indications demandées; mais, si l'on désire agir plus puissamment, il faudrait alors se servir d'une solution de chlorure d'aluminium moins étendue d'eau.

(La suite à un prochain numéro.)

DU RESSERREMENT DE LA MACHOIRE DU A LA SYPHYLIS; — MYOSITE DU MASSÉTER; TUMEURS GOMMEUSES DE LA JOUE;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 8 août 1873,

Par M. J. GUYOT, médecin de l'hôpital Lariboisière.

La syphilis a tellement préoccupé les médecins depuis trente ans, et l'étude de ses manifestations a tellement attiré l'attention, que j'ai été fort surpris de me

---

Savons-nous, du reste, nous tous plus enclins à blâmer qu'à louer les actes des édilités parisiennes qui se sont succédé depuis un demi-siècle, savons-nous les hommages qu'elles ont rendus à la médecine et aux médecins? C'est en donnant aux rues de la cité des noms chers à la science et à la profession médicale qu'on en peut juger. Eh bien, sous ce rapport, nous serions ingrats de nous plaindre. Si mes recherches sont exactes, je crois que trente-sept des voies publiques de Paris portent des noms de médecins. L'auriez-vous cru? Je vais vous donner ces noms par lettre alphabétique, afin que vous n'en doutiez pas.

Rues : Alibert, — Ambroise Paré, — Antoine Dubois, — Bichat, — de Blainville, — Broussais, — Cabanis, — Chomel, — Corvisart, — Cuvier, — Desgenettes, — Duméril, — Dupuytren, — Esquirol, — Fagon, — Ferrus, — Fourcroy, — Galvani, — Guy de La Brosse, — Guy Patin, — Hallé, — Harvey, — Jenner, — Larrey, — Magendie, — Mazet, — Papin, — Pinel, — Quesnay, — Rabelais, — Richerand, — Vauquelin, — Velpeau, — Vésale, — Vicq d'Azyr.

Est-elle assez belle, cette liste? Certainement qu'il y manque des noms illustres et qui ont bien mérité de la science et de l'humanité. Soyons justes, cependant, et reconnaissons que l'édilité parisienne n'a été aussi libérale ni pour aucune autre science ni pour aucun autre art.

Et le vœu que je fais pour vous, cher lecteur, c'est que votre nom devienne assez célèbre pour que nos édiles puissent un jour l'inscrire à l'angle d'une de nos rues.

Dr SIMPLICE.

trouver en face d'un accident à peine mentionné : il s'agit du resserrement des mâchoires. J'avais le souvenir d'avoir vu un malade atteint de la même affection, et je croyais, en ouvrant les traités de syphilis, trouver une description complète; il n'en est rien.

L'article de M. Bouisson (*Gazette médicale*, 1846) ne signale même pas la myosite du masséter.

M. Nélaton, dans sa leçon reproduite dans la *Gazette des hôpitaux* (1861, p. 234), mentionne, sans insister, le masséter parmi les muscles qui peuvent être atteints.

M. Blavette, dans sa thèse inaugurale (*Du resserrement des mâchoires*, 1860), cite trois observations :

Ph. Boyer, 1845, tome II, p. 1,027.

M. Boinet, Société de chirurgie, 22 janvier 1851.

Deville, 1845, *Bulletins de la Société anatomique*, p. 276.

Et il serait assez disposé à rattacher à la syphilis une observation de Bonnet (de Lyon). La lecture attentive des observations m'a convaincu que Ph. Boyer, seul, a rapporté un fait de resserrement de la mâchoire dû à la syphilis.

Je crois inutile de discuter les observations de Deville et de Boinet, car je ne ferais qu'allonger inutilement cette communication. Le médecin que cette étude intéressera n'aura qu'à consulter les mémoires originaux.

L'observation de Boyer a quelques analogies avec la mienne; l'âge des malades (42 et 36 ans), le sexe, la négation absolue de tout antécédent vénérien, la guérison des malades. Toutes les deux me paraissent des exemples incontestables de myosite syphilitique. La troisième observation m'a été remise, avec un désintéressement dont je ne saurais trop le remercier, par M. Bouilly, interne de M. Panas. Il s'agit de gommes des joues déterminant un resserrement absolu des mâchoires.

Le diagnostic de cette myosite sera toujours difficile, en l'absence de commémoratifs ou de lésion concomitante; mais il en est souvent ainsi pour les manifestations de la syphilis, quand une cicatrice ou une exostose ne vient pas nous révéler la nature de la maladie. Le resserrement des mâchoires dû à un refroidissement ou rhumatisme, à l'hystérie, marche d'habitude plus rapidement; mais ce caractère, dû à l'évolution, est bien vague. Le diagnostic de l'arthrite sera facile, si l'on peut encore imprimer quelques mouvements à l'articulation.

J'avoue, en toute humilité, que le souvenir d'un fait semblable m'a conduit au diagnostic; de même que, en voyant une ulcération au niveau de l'insertion sternale du sterno-mastoïdien, on pense de suite à une gomme ulcérée.

L'hypertrophie, la tuméfaction, la dureté du masséter provoquant le resserrement absolu de la mâchoire, ne me laissèrent que peu de doute sur la nature de l'infiltration, malgré sa diffusion.

Le diagnostic d'une tumeur gommeuse du masséter me paraît assez facile pour que je ne veuille pas insister; je me borne à faire remarquer tout l'intérêt qu'offre l'observation de M. Bouilly.

Il est probable que l'attention, une fois éveillée sur ces accidents, les observations se multiplieront, et il y aura pour le malade quelque profit. Car, si une tumeur syphilitique de la cuisse a pu donner lieu à une erreur telle qu'un chirurgien ait eu recours à l'ablation (Leçon de Nélaton, *Gazette des hôpitaux*, 1861, page 235), il est possible, il est probable même que plus d'une contracture incurable du masséter était une myosite syphilitique.

Le pronostic est peu grave, si la nature de la maladie est reconnue avant la transformation calcaire ou l'atrophie du muscle; mais je ne saurais dire combien de temps après le début de la myosite ces accidents surviennent, car, dans les deux observations, au bout de trois ans, les muscles n'avaient pas subi d'altération assez profonde pour rendre le traitement inefficace.

Néanmoins, le médecin devra, le plus tôt possible, avoir recours au traitement spécifique : iodure de potassium, préparations mixtes, frictions mercurielles; il ne faut pas ignorer que, parfois, la médication ne parviendra pas à prévenir la rétraction. La malade de Boyer a été guérie par les frictions mercurielles; la malade de

M. Bouilly et la mienne par l'iodure de potassium. Si je n'avais pas réussi avec cette médication, je me serais adressé au sirop de bi-odure ioduré; et, en cas d'échec, je n'aurais pas hésité à avoir recours aux frictions mercurielles.

L'art de manier les préparations mercurielles et iodurées me paraît être l'art de guérir les syphilis graves. La nature des accidents, la connaissance de la constitution, traceront au médecin la marche à suivre. Selon les indications, il s'adressera à telle ou telle indication; il associera au traitement spécifique le fer, l'huile de foie de morue, les bains de mer ou l'usage des eaux sulfureuses. Des lois ne sont pas plus applicables à la thérapeutique de la syphilis qu'à l'interminable évolution de ses manifestations. Quoique depuis longtemps ma conviction soit faite à cet égard, j'avais jusqu'à ce jour suivi les conseils donnés par M. Dubuc dans son excellente thèse, et je n'avais recours dans le traitement de la syphilis maligne qu'à l'iodure de potassium et aux toniques; or, en face d'une syphilide ulcéreuse ayant détruit le voile du palais et ayant déterminé une large ulcération du pharynx, malgré l'usage, au début, des préparations hydrargyriques (le malade ayant un chancre induré de la verge à marche phagédénique), puis des toniques et de l'iodure de potassium, j'eus, sur l'indication de M. Panas, recours aux frictions mercurielles; et, très-rapidement, les accidents graves furent arrêtés. Deux malades atteints de syphilis maligne ont également retiré un grand bénéfice de cette médication.

En face de la persistance de la maladie, varier le mode d'administration des médicaments antisyphilitiques me paraît le plus sûr moyen d'arriver à la guérison.

Obs. I (1). — B... (Adèle), âgée de 36 ans, se présente le 27 mars 1873 à la consultation de M. le docteur Guyot, à l'hôpital de Lariboisière, se plaignant d'une impossibilité absolue d'ouvrir la bouche et d'un gonflement de la région temporo-masséterine.

Son affection a débuté il y trois ans environ; à cette époque, elle habitait un logement humide et froid, et c'est à cela qu'elle attribue en grande partie son état actuel.

Quoi qu'il en soit, elle ressentit dans la moitié droite de la tête, surtout au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, des douleurs très-vives, s'exagérant la nuit au point de rendre le sommeil impossible; en ce même temps survint un gonflement assez marqué de la région, et peu après elle eut sur la poitrine et les bras une éruption qui la démangeait beaucoup et qui disparut sans traitement. Les douleurs persistèrent pendant six semaines environ et furent suivies d'une surdité et d'une perte presque complète de la vue de ce côté; mais ces troubles ne durèrent que quelques jours, et il ne lui resta plus de tous ces accidents qu'une gêne très-accusée dans les mouvements de la mâchoire. Cette difficulté augmenta rapidement et bientôt il lui fut impossible d'ouvrir la bouche. Le gonflement signalé plus haut s'accrut pendant un certain temps, acquit une dureté considérable et resta stationnaire.

Au début de son affection, elle vit un médecin qui lui prescrivit, mais sans résultat, des vésicatoires derrière l'oreille.

État actuel : La bouche est presque complètement fermée, et c'est avec difficulté qu'on parvient à introduire entre les dents le manche d'un porte-plume. La région temporo-masséterine est le siége d'une tuméfaction très-sensible à la vue, sans changement de coloration à la peau qui est restée souple et mobile.

Par la palpation, on sent une tumeur, dure, ligneuse, très-nettement limitée aux muscles temporal et masséter dont elle a conservé exactement la forme. La pression n'y réveille aucune douleur. Du côté opposé, la région est absolument saine et les muscles ont conservé leur souplesse.

L'exploration pratiquée par la bouche avec un doigt introduit entre la joue et les arcades dentaires, permet de reconnaître l'intégrité des parties osseuses; en outre, on sent au fond du vestibule de la bouche une masse dure qui correspond au muscle masséter. Enfin, et c'est là un point important, on peut imprimer à la mâchoire des mouvements de latéralité, fort peu étendus à la vérité, mais qui permettent d'affirmer l'absence de lésion articulaire.

La malade, interrogée avec soin, n'accuse aucun antécédent syphilitique, elle a toujours joui d'une bonne santé, et, à part l'éruption signalée plus haut, elle dit n'avoir jamais eu aucune manifestation sur la peau ou les muqueuses. Malgré ces renseignements négatifs, M. Guyot conclut à la nature spécifique de cette affection et prescrit de l'iodure de potassium.

3 avril et jours suivants. Pas de changement.

(1) Observation recueillie par M. Valtat, interne du service.

17 avril. Légère amélioration. La tumeur est toujours aussi dure et volumineuse, mais les mouvements de la mâchoire sont un peu plus étendus.

Prescription : Quatre cuillerées à bouche, par jour, de la solution suivante : Eau, 500 gr. — Iodure de potassium, 20 gr.

24 avril. Amélioration sensible ; la tumeur a diminué notablement, et l'écartement de la mâchoire est plus accusé.

1er mai. Le mieux s'accentue, on peut introduire facilement l'index entre les dents.

8 mai. La tumeur a diminué beaucoup et les mouvements sont plus étendus. La malade se plaignant de quelques troubles gastriques, on suspend l'iodure de potassium pendant huit jours. On prescrit en outre l'introduction de coins de bois entre les dents.

15 mai. Amélioration considérable. Les dents sont assez écartées pour admettre les deux doigts placés de champ.

Prescription : Reprendre l'iodure, continuer la dilatation mécanique.

29 mai. Pas de changement notable. L'étendue des mouvements n'a que peu ou pas varié depuis la dernière consultation. Il existe encore à la région temporo-masséterine une tumeur indurée, diffuse et appréciable par le toucher. Ajoutons que la malade a cru devoir suspendre l'emploi de son médicament pendant ces huit derniers jours.

Prescription : Ut suprà.

A la fin de juin la malade ouvrait parfaitement la mâchoire et ne conservait aucune trace appréciable de la maladie pour laquelle elle nous consultait le 27 mars. Aussi, malgré toutes nos recommandations, elle n'est pas revenue à la consultation.

OBS. II. — *Resserrement de la mâchoire. — Myosite syphilitique.*

Une femme âgée de 42 ans, se présenta le 25 avril 1844, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, se plaignant de ne pouvoir écarter les mâchoires. Les diverses questions que j'adressai à la malade, et qui n'avaient nullement trait à la maladie syphilitique, que je ne soupçonnais pas, me conduisirent à penser que cette contracture dépendait de la syphilis, parce qu'aucune des affections qui pouvaient produire une maladie de ce genre n'existait et n'avait existé.

Dirigeant alors mes recherches vers les maladies syphilitiques que cette femme pouvait avoir eues antérieurement, je lui fis un grand nombre de questions, mais elle ne put me donner aucun renseignement à cet égard, et elle me montra seulement une tumeur qu'elle portait à la tempe droite, ce qui me décida dans mon diagnostic ; car je reconnus une *périostose*. Cette femme m'assura qu'elle n'avait jamais eu ni ulcères aux parties génitales, ni écoulement par ces parties, ni grosseurs aux aines, ni taches à la peau, ni ulcères à la gorge, et que ses enfants avaient toujours été bien portants et sans aucune maladie suspecte.

Elle m'apprit que la maladie pour laquelle elle me consultait datait de près de trois ans, mais qu'il n'y avait guère qu'un an qu'elle était arrivée au point où elle était actuellement. *Elle s'annonça par de la raideur et un tiraillement léger dans les mouvements de la mâchoire ; puis apparut la tumeur de la tempe droite et une induration dans la branche de la mâchoire*, induration qui n'était autre que la contracture du masséter. Celle-ci fut accompagnée d'un resserrement graduel des mâchoires qui fut porté au point de briser en éclat une des grosses molaires (probablement malade, la femme n'a pas su le dire) et de ne plus permettre le moindre écartement des mâchoires. Au moment où j'ai vu la malade, le rapprochement des mâchoires était tel que le bout du petit doigt ne pouvait être introduit entre elles obliquement de bas en haut. Des tentatives d'écartement faites avec une spatule en fer furent sans résultat. La malade ne pouvait se nourrir que de potage et de mie de pain poussés dans la bouche par le vide qui résultait de l'extraction des deux premières dents molaires du côté gauche. *La branche droite de la mâchoire offrait une tuméfaction que la vue faisait rapporter à l'os, mais que le toucher faisait reconnaître pour appartenir au muscle masséter. Ce muscle était dur et fortement contracté, tandis que celui du côté opposé, réduit à l'immobilité par la maladie de son congénère, était mou et simple. La tumeur de la tempe droite, dure et sans souplesse, pouvait être prise pour une* EXOSTOSE, *si sa saillie, sa base isolée et sa forme pointue n'avaient indiqué positivement que c'était une* PÉRIOSTOSE.

Depuis quatre à cinq ans, il existait dans le côté droit de la tête des douleurs violentes, presque continues, avec exacerbation pendant la nuit.

Je prescris à la malade un traitement par les frictions mercurielles sur les membres abdominaux, fait d'après les règles que j'indiquerai plus bas. En dix jours les douleurs diminuent et s'éteignent, et la périostose de la tempe disparaît, ce qui n'aurait pas eu lieu si la tumeur avait été une exostose. La contracture a plus de peine à céder au traitement ; mais enfin elle se dissipe peu à peu et la malade peut se nourrir de toute espèce d'aliments. Voyant que l'écartement des mâchoires est devenu facile et presque complet, cette femme quitte l'hôpital dans les premiers jours du mois de juin de la même année. Je l'ai revue le 2 novembre 1844,

elle continue ses frictions mercurielles, et les deux mâchoires s'écartent comme dans l'état normal.

Cette femme est venue me voir dans le mois de janvier 1845, elle a cessé tout traitement et il ne lui reste aucune trace de sa maladie. (Ph. BOYER, 1845, t. II, page 1027.)

OBS. III (1). — *Gommes des deux joues. — Contracture des masséters. — Guérison par l'iodure de potassium.*

X..., 33 ans. Bien constituée; bonne santé habituelle. Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 15 ans; jamais de nouvelles attaques. Accouchement naturel il y a trois ans.

Il y a huit ou dix ans, cette femme commença à avoir des boutons aux parties génitales; puis, quelque temps après, par tout le corps.

Les médecins qui la virent diagnostiquèrent la *syphilis* et lui firent prendre de l'iodure de potassium. Elle ne peut nous dire si elle a pris une préparation mercurielle.

A la même époque, son amant présentait des accidents analogues.

M. Ricord, consulté il y a huit ans, lui ordonna de l'iodure de potassium. La malade avait, à cette époque, des éruptions à la paume des mains, qu'elle nous dit avoir été très-rebelles, et qui n'étaient probablement autres que des syphilides palmaires.

Actuellement, pas d'éruption cutanée ni de taches à la peau. Adénite cervicale très-prononcée. Il y a encore quelques croûtes dans la tête.

Il y a huit mois, cette femme commença à sentir une grosseur qui se développait dans la joue gauche et, quinze jours après, une deuxième dans la joue droite. Presque en même temps, elle commença à éprouver de la difficulté pour ouvrir la bouche. Un médecin de Meaux, qu'elle vit à cette époque, lui fit prendre de l'iodure de potassium environ pendant trois semaines. Il n'y eut aucune amélioration : les grosseurs continuèrent à augmenter et faisaient de chaque côté une saillie notable. *Ces tumeurs sont exactement situées sur le bord antérieur du masséter, de chaque côté; la droite sur un plan un peu moins élevé que la gauche*, mais répondant environ toutes deux à la couronne des dents de la mâchoire supérieure. Au toucher, elles sont dures, indolentes, semblant faire corps avec le masséter. Elles font, au dehors, une saillie assez marquée au-dessous de l'os malaire; au dedans, elles sont peu appréciables.

Les mâchoires sont fortement rapprochées l'une de l'autre et les dents intimement appliquées : depuis plusieurs mois, la malade peut à peine y introduire le bout d'une cuiller; elle se nourrissait en aspirant les liquides ou à l'aide de très-petites bouchées. Il est absolument impossible d'écarter la mâchoire à l'aide de l'abaisse-langue, et ces tentatives provoquent une douleur assez vive dans les masséters; ceux-ci, au toucher, sont durs, tendus, et leur bord antérieur donne la sensation d'une corde rigide. Rien à noter du côté du muscle temporal.

Venue à la consultation de chirurgie, la première fois, le 1er mai.

Eau.	100	grammes.
Iodure de potassium. . . .	10	—

Au bout de très-peu de jours, amélioration notable. Revenue le 16 mai : même prescription. Revenue le 20 juin. Tout le traitement a consisté dans l'administration de 20 grammes d'iodure de potassium. Aujourd'hui, 20 juin, il n'y a plus trace de tumeur; on ne sent plus la contracture des masséters; la malade ouvre la bouche aussi facilement qu'auparavant, et on peut introduire deux doigts de champ entre les arcades dentaires. Encore quelques croûtes dans la tête.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans notre dernier *Bulletin*, nous avons mentionné une communicatien de M. Bergeret sur le goître épidémique. M. le baron Larrey admet l'influence des eaux potables mélangées de certains sels, comme les sulfates, sur la production du goître proprement dit. Mais il tient pour peu admissible l'hypothèse du développement, en quelque sorte spontané, du goître par désassimilation organique de certains tissus. Il croit qu'on peut indiquer une cause beaucoup plus rationnelle à l'apparition de ce qu'on a appelé le goître épidémique chez les jeunes soldats. On doit surtout invoquer la pression locale, exercée au niveau même du corps thyroïde par le bouton de chemise, par le col d'uniforme et par l'agrafe de la capote. L'irritation produite par cet effet mécanique ne tarde pas à provoquer l'irritation et le gonflement variables

(1) Prise à la consultation de chirurgie, service de M. Panas.

de l'organe glanduleux, ainsi que du tissu cellulaire ambiant, avec plus ou moins d'œdème. Cet engorgement, assez circonscrit, mais plus uniforme et toujours moindre que le goître proprement dit, persiste ou disparaît, suivant la continuité ou la cessation de la cause locale.

Et si cette affection se manifeste, non-seulement chez quelques individus isolés ou à l'état sporadique, mais encore chez un certain nombre à la fois, elle ressemble alors, en effet, à un goître de forme ou d'apparence épidémique, dont la cause est souvent recherchée bien loin, tandis qu'elle peut se trouver en contact avec le cou lui-même, soumis en avant à une pression directe.

Les effets, d'ailleurs, en deviennent plus marqués, si, par moment ou dans les intervalles du service, le cou, dégagé brusquement de toute entrave, est exposé à une suppression subite de transpiration, à des courants d'air ou à des ablutions et à des ingestions d'eau froide, ainsi que les soldats en ont la fâcheuse habitude dans les casernes.

M. Larrey rappelle qu'en 1850, une décision du ministre de la guerre prescrivit de remplacer le col par la cravate dans toute l'infanterie, et qu'à partir de cette époque les engorgements glanduleux du cou devinrent aussi rares qu'ils avaient été fréquents dans l'armée. S'il s'en produit encore, M. Larrey pense, par analogie, que la cause doit en être cherchée dans une compression quelconque du corps thyroïde. Il suffirait alors de la faire disparaître, sauf l'emploi réservé des moyens applicables aux causes générales et surtout à l'influence des eaux.

Dans une seconde communication à l'Académie, M. le professeur Bouillaud a traité la question du pouls anormal. Nous en mettons les points importants sous les yeux des lecteurs. « Puisque, dit M. Bouillaud, le pouls diastolique est l'effet de la systole du cœur ventriculaire, il est évident qu'il faut rapporter son augmentation ou sa diminution aux lésions de cet organe, comme il faut rapporter aux lésions des artères l'augmentation ou la diminution de leur pouls propre, provenant de leur systole. Tous les sphygmologistes ont signalé l'augmentation ou la diminution de la force du pouls diastolique ; mais ils ne pouvaient en faire autant du pouls systolique, du pouls propre de l'artère, dont ils ne connaissaient pas même l'existence... L'augmentation *durable*, *permanente* des pouls diastolique et systolique des artères se rencontre dans la double hypertrophie des ventricules du cœur et des artères. L'hypertrophie isolée des artères produit l'augmentation de la force du pouls systolique.

« L'augmentation temporaire, *transitoire* du double pouls des artères, soit de l'un des deux seulement, a lieu sous l'influence des exitations, tantôt purement dynamiques ou *vitales*, comme le disent certains sphygmologistes, tantôt sous cette même influence associée à un état phlegmasique du cœur et des artères, lequel peut exister seul, ou bien coïncider avec les phlegmasies des divers organes intérieurs ou extérieurs, et spécialement avec celle connue sous le nom de rhumatisme articulaire aigu... Comme le phénomène prétendu anormal du pouls, désigné sous la dénomination de *dicrotisme des artères*, n'est autre chose qu'un renforcement simple ou double des battements artériels, on peut le faire rentrer dans ce qui vient d'être dit de l'augmentation de la force de ces battements. Le pouls *rebondissant* est, selon Bordeu lui-même, identique au pouls *dicrote*. »

La communication de M. Bouillaud se termine par quelques considérations sur les *intermittences* ou les *arrêts* des mouvements du cœur et des artères. Les intermittences, que M. Bouillaud compare à des *faux pas* peuvent, dit-il, « se répéter plusieurs fois dans l'espace d'une minute, et cela pendant des mois et des années, non-seulement sans préjudice de la vie, mais sans nul dérangement notable de la santé. Elles n'ont que la durée d'un instant, d'un éclair. Lorsqu'un arrêt des battements du cœur se prolonge, au contraire, pendant plusieurs secondes, il en résulte cette perte de connaissance désignée sous le nom de défaillance ou de syncope... Pour se changer en mort réelle, il suffirait à la syncope de se prolonger. Il en est malheureusement quelquefois ainsi, et c'est là une des trois grandes formes des *morts subites*. »

La physiologie expérimentale paraît disposée à nier ce genre de mort ; nous attendons ses preuves. Dans tous les cas, il est bon de mettre en regard les opinions contradictoires. — M. L.

FORMULAIRE

Taffetas gommé. — Fort.

Gomme arabique mondée	10 grammes.
Eau distillée.	16 —
Glycérine	q. s.

On fait dissoudre la gomme dans l'eau, et on ajoute à la solution une quantité de glycérine suffisante pour lui donner une consistance sirupeuse. On étend ensuite le mélange avec

un pinceau, sur une toile fine et bien lisse. Le nombre des couches varie avec l'épaisseur qu'on veut donner au taffetas, et l'usage auquel on le destine. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 18 Octobre 1793.

Louis-Joseph Seutin naît à Nivelles. Il fut successivement chirurgien aide-major (bataille de Waterloo), chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles; médecin en chef de l'armée belge (1830); membre de l'Académie royale de Belgique. Sa méthode des appareils inamovibles lui a valu qu'on frappât une médaille en son honneur. Cette médaille, en argent, de 6 centimètres 1/4, est ainsi composée :

A. Le buste à gauche, sous lequel : LÉOPOLD WIENER F. Inscr. LOUIS-JOSEPH SEUTIN, NÉ A NIVELLES, LE 18 oct. 1793.

R. Un vase où s'abreuve un serpent. En dessous, l'inscription entourée de deux branches de laurier : A L'AUTEUR DE LA MÉTHODE AMOVO-INAMOVIBLE, LA MÉDECINE ET L'HUMANITÉ. 1852. — A. Ch.

COURRIER

Légion d'honneur. — Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'intérieur et du ministre de l'agriculture et du commerce, vu la déclaration du Conseil de l'ordre national de la Légion d'honneur, en date du 6 octobre 1873,

Décrète :

Sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Thomas (Edme-Antoine), chirurgien en chef de l'hôpital de Nevers; 22 ans de services, chevalier depuis 1867.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Laroche (Édouard), médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Angers, ancien professeur à l'École de médecine; 38 ans de services; — Leroux (Charles-Henri), médecin de l'hôpital de Versailles; — Martin (Jean-Baptiste-Victor), médecin en chef de l'hôpital de Nevers; 30 ans de services; — Collin (Eugène), médecin inspecteur des eaux de Saint-Honoré (Nièvre); 26 ans de services médicaux, dont 12 dans l'inspection des eaux minérales; — Bossu (Antoine-François), médecin de l'infirmerie de Marie-Thérèse, rédacteur en chef de l'*Abeille médicale* et auteur de plusieurs ouvrages scientifiques.

Récompenses honorifiques. — Par décret en date du 20 septembre 1873, rendu sur le rapport du ministre de l'intérieur, des récompenses honorifiques ont été accordées aux médecins des Sociétés de secours mutuels ci-après dénommés :

Médaille d'or : MM. Devillers (Jean-Baptiste), médecin de la Société des *Ouvriers typographes* d'Arras, (Pas-de-Calais). — Dunoyer, vice-président et médecin de la Société municipale des quartiers de la Monnaie et Saint-Germain-des-Prés, à Paris (Seine). — Havard-Duclos (Henry), président et médecin de la Société des *ouvriers* de Vitré (Ille-et-Vilaine). — Tribes (Édouard), médecin de la Société de *Saint-Charles-Borromée*, à Nîmes (Gard).

Médailles d'argent : MM. Amussat, chirurgien consultant de la Société protestante de prévoyance à Paris (Seine).—Berigny (Louis-Adolphe), membre et médecin de la Société *la Mutualité* (ouvriers de Versailles) (Seine-et-Oise). — Chenut (Pierre), président et médecin de la Société de Belvès (Dordogne). — Desruelle, médecin et membre honoraire de la Société des garçons de caisse et de recettes, à Paris (Seine). — Janoyer (Henry-Julien), médecin de la Société *la Prévoyante*, à Tain (Drôme). — Mallet (Louis-Denis-Adolphe), médecin de la Société *la Prévoyance*, à Ézy (Eure). — Montessus (de) (Ferdinand-Bernard), membre honoraire et médecin de la Société de Saint-François-Xavier, à Châlon-sur-Saône (Saône-et-Loire). — Naret, médecin et administrateur de la Société des huissiers, garçons de bureaux et gens de service des administrations publiques, à Paris (Seine).

Médailles de bronze : MM. Albespy (François), médecin de la Société des sapeurs-pompiers de Rodez (Aveyron). — Porcheron, médecin et membre honoraire de la Société de Saint-François-Xavier (paroisse de Saint-Eustache), à Paris (Seine). — Pouliot (Théodore), médecin de la Société l'Union et de la Société de la ville, à Saint-Junien (Haute-Vienne).

Réorganisation de l'enseignement a l'École de médecine de Grenoble. — Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840;

Vu la délibération du 13 août 1873, par laquelle le conseil municipal de Grenoble a voté

les fonds nécessaires pour l'institution d'une nouvelle chaire à l'École de médecine de cette ville ;

DÉCRÈTE :

Article premier. — L'enseignement à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble est réorganisé ainsi qu'il suit :

1° Accouchements, maladies des femmes et des enfants ;
2° Anatomie ;
3° Clinique externe ;
4° Clinique interne ;
5° Thérapeutique et histoire naturelle médicale (chaire transformée) ;
6° Pathologie externe ;
7° Pathologie interne ;
8° Pharmacie et matière médicale ;
9° Physiologie ;
10° Chimie et toxicologie (chaire nouvelle) ;

Article 2. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Versailles, le 6 septembre 1873.

Maréchal DE MAC-MAHON.

Par le Président :

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

A. BATBIE.

TRIBUNAL DE POLICE CORRECTIONNELLE DE MARSEILLE. — Un pharmacien de Marseille a été condamné à 100 francs d'amende et à 200 francs de dommages-intérêts envers une cliente, pour avoir délivré une potion contenant une dose d'arséniate de soude supérieure à celle prescrite par le médecin. Ce médicament était employé à la dose de 10 centigrammes dissous dans 200 grammes d'eau. La malade avait éprouvé tous les symptômes d'un empoisonnement. L'élève en pharmacie qui avait préparé cette potion a été acquitté. (*Journ. de pharm. et de chimie.*)

— M. Fergusson, ancien médecin de la marine hollandaise, a publié une brochure dans laquelle il propose d'étendre aux guerres maritimes l'institution de la convention de Genève pour le sauvetage des blessés. Voici, d'après M. Guibaud, capitaine de frégate, qui donne, dans la *Revue maritime et coloniale*, l'analyse de ce ce travail, les moyens proposés par l'auteur :

1° Un vaisseau-hôpital ; 2° canots de sauvetage ; 3° un petit équipage de sauveteurs, sous la protection de la croix de Genève ; 4° un navire-hôpital dans les ports. Le navire-hôpital serait peint en blanc avec des croix rouges, et prendrait les blessés, amis et ennemis indistinctement.

Pendant le combat, les sauveteurs, vêtus de blanc avec la croix de Genève, armeraient les canots de sauvetage, amèneraient au loin les bouées de sauvetage. Ils ne seraient employés qu'à ce service.

Il y a, ajoute-t-on, des personnes à qui cette idée paraîtra absurde ; mais qu'elles réfléchissent : si le navire est mêlé parmi les combattants, il y aura quelques hommes atteints ; mais qu'est-ce que cela comparé aux centaines d'hommes qu'ils sauveraient ? En temps de paix, un pareil navire serait important, dans une escadre, au moment d'une épidémie.

GRÊLE SALÉE. — Le 20 août 1870, au Saint-Gothard, il tombait une grêle abondante ; les grêlons étaient durs et leur saveur salée. Le professeur Kenngott, de l'Université de Zurich, en recueillit quelques-uns ; les plus gros contenaient jusqu'à 0 gr,75 de chlorure de sodium. Ce sel provient sans doute des steppes salées du nord de l'Afrique. Les cristaux étaient blancs, hexaédriques ; on n'y a pas trouvé d'autres éléments que le chlorure de sodium ; ils semblent avoir été enlevés à la surface de la terre par un ouragan et transportés bien loin du lieu de leur formation.

Le professeur Eversmann a eu l'occasion d'observer à Kasan des grêlons contenant des pyrites cristallisées. Ce phénomène est plus rare que le précédent. Ces petits cristaux de pyrites provenaient sans doute de la désagrégation d'une roche, dont les fragments avaient été transportés par une tempête jusque dans des nuages, où ils s'étaient couverts de glace pour constituer des grêlons.

— M. le docteur Mallez commencera des conférences de *thérapeutique* sur les *maladies de l'appareil urinaire*, le lundi 20 octobre, à midi et demi, à sa clinique, rue Christine, n° 1.

Il les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C°, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Association Générale

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

CAISSE DES PENSIONS VIAGÈRES D'ASSISTANCE

M. le Président de l'Association générale vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les Présidents des Sociétés locales :

Paris, le 15 octobre 4873.

Monsieur et très-honoré Président,

Je crois devoir rappeler immédiatement à votre attention les dispositions adoptées dans la dernière Assemblée générale de l'Association, relativement au fonctionnement de la *Caisse des pensions viagères d'assistance.*

Vous savez que l'Assemblée générale du 21 avril dernier a décidé que le fonctionnement de la Caisse des pensions viagères d'assistance commencerait dans l'année 1874.

Vous savez aussi que cette Assemblée a voté un règlement de cette Caisse, dont il me paraît nécessaire de vous rappeler les dispositions relatives aux conditions que les Sociétés locales ont à remplir pour que leurs demandes puissent être efficacement examinées.

Voici ces dispositions :

Toute demande de pension viagère en faveur d'un membre de l'Association doit être adressée par écrit à la Commission administrative de la Société locale dont il fait partie (article 1er).

Cette Commission administrative examine la demande, et s'il est établi qu'elle est faite en faveur d'un sociétaire âgé ou infirme, privé de ressources et ayant régulièrement payé sa cotisation sociale depuis dix ans au moins, elle la transmet au Conseil général avec son avis motivé, elle y joint une copie légalisée de l'acte de naissance du sociétaire, et toutes les pièces qui peuvent justifier la demande (article 2).

La demande de pension et les pièces qui doivent l'accompagner sont envoyées au Conseil général trois mois au moins avant la réunion de l'Assemblée générale qui doit statuer sur cette demande, c'est-à-dire avant le 31 décembre de chaque année (article 4).

Telles sont, Monsieur et très-honoré Confrère, les seules conditions que vous ayez

FEUILLETON

REVUE SCIENTIFIQUE

LE DIABÈTE AU COLLÉGE DE FRANCE ; — COURS DE M. CLAUDE BERNARD.

On accuse parfois, ceux que l'on appelle parmi nous *les cliniciens*, de mépriser toutes les tentatives de ceux qui s'intitulent par opposition *les savants*, de méconnaître les résultats de leurs recherches et de condamner leurs tendances scientifiques. Avouons que si les cliniciens ont eu parfois ce tort, les savants le leur ont bien rendu, et le leur rendent encore.

Pourquoi, en effet, opposer sans cesse une prétendue science expérimentale qui serait la médecine de l'avenir, à la pratique actuelle qui ne procéderait que par tâtonnement et grossier empirisme ?

On ne veut pas que la médecine soit *un art* ; on ne veut voir dans ce qu'elle a fait jusqu'ici qu'une pratique née de la nécessité, et qu'il faut aujourd'hui *déduire avec certitude de la théorie scientifique.* Je croyais, pour ma part, que c'était l'observation qu'il fallait substituer à la théorie.

On prétend s'autoriser d'une analogie d'après laquelle la chimie, née de l'empirisme des ateliers, serait passée ensuite dans le domaine du laboratoire, ce qui est un gros contre-sens historique, attendu que la chimie est née des théories de l'alchimie, sa mère.

Enfin, par une incroyable exagération, on renie la médecine, la maladie, la mort même ;

à remplir dans le cas où une ou plusieurs demandes de pension viagère seraient adressées à votre Commission administrative et trouvées par elle légitimes.

Les autres dispositions du règlement concernent les mesures que doivent prendre la Commission de classement des demandes et le Conseil général, pour que le vote de l'Assemblée générale puisse être aussi libre et aussi éclairé que possible.

Ne pensez-vous pas, Monsieur et très-honoré Confrère, que le fonctionnement prochain, — on peut dire immédiat, — de la Caisse des pensions viagères soit une occasion favorable pour adresser un nouvel appel aux Confrères de votre circonscription qui sont restés jusqu'ici étrangers à l'Association? C'est l'avis du Conseil général, qui avait résolu de prendre l'initiative de cette manifestation. Mais, outre que le Conseil général doit se montrer aujourd'hui plus que jamais très-ménager des fonds de l'Association, et que les frais d'une circulaire générale sont considérables, tandis que, répartis sur toutes les Sociétés locales, ils sont insignifiants pour chacune d'elles, il a pensé aussi qu'une nouvelle provocation émanée des Présidents ou des Commissions administratives des Sociétés locales, trouverait peut-être plus de crédit et de faveur de la part de nos Confrères indifférents ou dissidents. Le Conseil général vous invite donc avec une vive instance, Monsieur et très-honoré Président, à vouloir bien tenter un nouvel effort auprès du Corps médical de votre département ou de votre arrondissement, en lui annonçant la bonne nouvelle de l'institution de la Caisse des pensions viagères. Il vous sera facile de faire comprendre aux retardataires que l'intérêt des membres actuels de l'Association serait de ne point voir augmenter le nombre des sociétaires, et que c'est en vérité faire œuvre de bonne et sérieuse confraternité de provoquer à entrer dans l'Association et à profiter des avantages qu'elle procure ceux qui lui ont jusqu'ici refusé leur concours.

L'existence de l'Association générale est aujourd'hui à l'abri de toute éventualité fâcheuse. Ils se sont préparé, ils se préparent d'amers regrets, quelques-uns de ceux qui n'en comprennent ni les avantages ni les bienfaits. Dites bien à tous que la répartition des pensions viagères, proposée par une Commission où les Sociétés locales sont aussi largement représentées que possible, et consacrée par le vote solennel de l'Assemblée annuelle, ne peut laisser aucune prise à la faveur ou à la prépondérance d'un élément de l'Association sur l'autre, et que la justice seule présidera tous les ans à la distribution des pensions viagères.

Vous trouverez certainement utile aussi, Monsieur et très-honoré Président, de

---

on proclame l'unité dans la confusion, et l'on met la médecine tout entière dans la physiologie expérimentale.

Je ne m'arrêterai pas à relever ce qu'a de stérile et de malheureux une semblable prétention, qui n'est guère que de la logomachie. Le professeur du Collége de France nous avait habitués à plus de réserve pour les choses qui touchent à la médecine pure; il nous avait paru souvent se refuser à sortir du domaine qu'il avait si brillamment occupé sur le terrain expérimental. Combien cette réserve était fondée, et quelle sagesse c'eût été à lui d'y persévérer! Mais il ne nous convient pas d'en remontrer à un si grand maître, et, laissant passer ces échappées malheureuses (qui ne sont guère, j'en suis sûr, le fait de son talent personnel), nous irons d'emblée aux faits qu'il expose et dont les cliniciens sauront faire leur profit, sans croire pour cela avoir déplacé le pivot de la science en général et celui de la médecine en particulier.

Je ne chercherai pas querelle à notre professeur sur la façon autoritaire avec laquelle il attribue au diabète cinq symptômes fondamentaux, pas un de plus, pas un de moins; savoir : la polyurie, la glycosurie, la polydipsie, la polyphagie et l'autophagie; je ne lui ferai pas la mauvaise plaisanterie de lui demander ce qu'il y a de si antiscientifique à admettre des lésions fonctionnelles sans altération anatomique, alors que l'observation nous montre si souvent ce fait.

L'étude devient sérieuse là où l'auteur étudie les rapports qui existent entre la composition des urines et les fonctions de nutrition; nous sommes bien là sur le véritable terrain de la physiologie, et on s'en aperçoit. Je n'insiste pas sur les procédés de recherche et de dosage du sucre dans les urines, ce sujet avait été déjà traité au Muséum, au dernier semestre, et analysé par nous, ici même.

Un chapitre plus intéressant réclame l'attention, c'est celui qui a pour objet l'*analyse phy-*

rappeler à nos Confrères qu'une pension viagère d'assistance accordée par l'Association est incessible et insaisissable, qu'elle est servie par la Caisse de retraites de la vieillesse et inscrite au grand-livre de la dette publique, et surtout que le Confrère pensionné n'est plus le pensionnaire de l'Association, mais est devenu le pensionnaire de l'État, dans les Caisses duquel l'Association a versé le capital représentant la pension.

Il n'est pas douteux que tous ces avantages et toutes ces garanties ne soient de nature à frapper le Corps médical et à lui faire comprendre qu'il est aujourd'hui en possession d'une institution qui le garantit à la fois, par le secours éventuel, contre les accidents et les infortunes du présent, et, par la pension viagère, contre les infirmités et les impuissances de l'avenir.

Agréez, très-honoré et cher Président, la nouvelle assurance de mes sentiments dévoués.

Le Président, A. TARDIEU.

Pour expédition :

Le Secrétaire général, Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE

DES INJECTIONS D'EAU ET DE SOLUTIONS SALINES PAR LES VEINES DANS LE TRAITEMENT DE LA PÉRIODE ALGIDE ET ULTIME DU CHOLÉRA;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 10 octobre 1873,

Par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin des hôpitaux.

Messieurs,

J'ai pensé qu'il était intéressant, au début même de cette nouvelle épidémie cholérique, de porter devant la Société des hôpitaux la question des injections veineuses dans le traitement des périodes ultimes du choléra. Il m'a semblé qu'il serait utile d'étudier à nouveau cette importante question, et de chercher les causes qui ont fait tour à tour vanter et abandonner ce moyen thérapeutique.

Cette question a eu d'ailleurs le privilége d'attirer l'attention du monde médical, dès les premières apparitions du choléra en Europe. En 1830, Jaehnichen, à Moscou, appliquait déjà les injections de solutions salines par les veines dans la période algide du choléra. Magendie, en 1832, conseillait et employait le même

---

siologique du diabète ; et, à la suite de M. Cl. Bernard, guidés par l'expérience, nous remontons cette chaîne pathogénique, qui va de la glycosurie à la glycémie, et de la glycémie à la glycogénèse ; c'est-à-dire que le sucre des urines vient du sang, qu'il y a une glycémie physiologique, et que, lorsque celle-ci s'exagère, le sucre passe dans l'urine. Reste donc à chercher la source du sucre du sang, de la glycogénèse.

Ayant établi qu'il y a plus de sucre dans le sang artériel que dans le sang veineux périphérique, et que le sucre paraît se détruire au contact des tissus dans le conflit nutritif, on trouve que sa quantité diffère dans les divers départements du système veineux. Mais si on prend le sang dans le cœur droit, on trouve que le sucre s'y est reproduit et qu'il s'y trouve en aussi grande abondance que dans le sang artériel. La source du sucre est donc en avant du cœur droit, sur le trajet du système veineux. Il est facile de se rendre compte que cette source est dans le système porte, soit dans l'absorption intestinale, soit dans le foie, soit dans l'un et l'autre ensemble et chacun pour leur part.

Or, le sucre du sang vient des aliments par la digestion des matières féculentes et leur transformation en dextrine et en sucre de fécule dans l'intestin grêle, au moyen de la diastase, et par la digestion des matières sucrées proprement dites (glycose, saccharose, lactose). Or, cette digestion transforme la saccharose ou sucre de canne en sucre interverti, qui est un mélange de glycose et de *lévulose*, un autre isomère. De même qu'il y a un ferment (glycosique) qui peut transformer l'amidon hydraté en glycose, de même il y a un ferment (saccharique ou inversif) qui change la saccharose en glycose et en lévulose ; le ferment glycosique est dans le pancréas, le ferment saccharique ou inversif dans le suc intestinal.

Puis ces matières sucrées sont absorbées et charriées par la veine porte et à travers le foie, jusqu'au cœur droit. C'est ici que le rôle du foie doit être bien établi. Or, la matière sucrée

moyen, et la même année, en Écosse, Thomas Latta généralisait ce mode de traitement. Depuis, à chaque épidémie, nous voyons les injections veineuses être employées dans quelques cas rares et isolés, sans qu'il soit possible d'établir sur toutes ces observations un ensemble de connaissances suffisant pour fixer les bases réelles de cette thérapeutique.

Je veux aujourd'hui, à propos de trois faits que j'ai pu observer à l'hôpital Beaujon, dans le service dont je suis chargé aujourd'hui, étudier les conditions que doivent remplir ces injections veineuses pour donner un résultat satisfaisant et tâcher de démontrer que la seule thérapeutique rationnelle des périodes ultimes du choléra réside tout entière dans l'emploi de ces injections veineuses.

Je commencerai tout d'abord par communiquer les trois faits dont j'ai parlé, et dont je dois la rédaction à mon interne, M. Paulier.

Obs. I. — *Choléra épidémique. — Période algide et ultime. — Trois injections veineuses de 450 grammes, 350 gram., 350 gram. d'eau salée en douze heures. — Amélioration passagère. — Mort. — Autopsie.*

(Observation rédigée par M. Paulier, interne du service.)

La nommée Sophie B..., âgée de 43 ans, ouvrière en perles, entre, le 16 septembre 1873, dans le service de M. Beaumetz (n° 48, salle Saint-Edmond), pour une atteinte de choléra. Elle était prise depuis deux jours, mais elle avait, depuis douze jours, une diarrhée pour laquelle elle n'avait suivi aucun traitement sérieux. Elle s'était, en effet, contentée de boire de la fleur de mauve et de s'appliquer des cataplasmes sur le ventre. La diarrhée était survenue sans cause appréciable, la malade vivant dans de bonnes conditions hygiéniques.

Le matin, à la visite (17 septembre), elle présente les symptômes suivants : Refroidissement général, algidité complète, vomissements, crampes, diarrhée, selles riziformes, soif ardente, douleur au creux épigastrique, anurie, aphonie, facies cholérique. Le pouls radial a complétement disparu. T. A. 35°, la malade est agonisante.

A dix heures du matin, on lui injecte dans la veine médiane basilique du bras droit 450 gr. d'eau tiède à 40° contenant 3 gr. de chlorure de sodium. Le visage de la malade se couvre de sueur pendant l'opération; un mieux sensible se manifeste immédiatement après; le pouls revient, quoique restant faible et petit, 100 pulsations; T. A. 36°. On laisse jusqu'à deux heures, en lui continuant le traitement ordinaire commencé à son arrivée : thé au rhum, rhum pur, frictions, boules d'eau chaude, etc.

A deux heures, quoique la température axillaire fût remontée à 37°, le refroidissement général persiste, le pouls radial a disparu de nouveau, le mieux qui avait suivi l'injection n'a pas

---

qui sort de l'intestin est retenue par le foie qui la détruit et la fixe à l'état de matière glycogène. Le foie sert de régulateur pour la quantité de sucre qui doit se distribuer à la circulation générale; d'où la fixité quantitative du sucre dans le sang artériel malgré la diversité de l'alimentation.

L'expérience pratiquée de différentes façons, et en particulier la ligature de la veine porte, a permis à l'habile expérimentateur de donner de ces faits une explication réellement satisfaisante. Il en résulte que le foie jouit bien dûment d'une double faculté : 1° de formation glycogène à l'aide des matières sucrées et d'autres substances alimentaires, et 2° de transformer cette matière glycogène en dextrine et en sucre; analogue en cela à la pomme de terre, par exemple, qui peut aussi bien faire de l'amidon et le transformer ensuite en glycose. Dans le premier cas, c'est au milieu de réactions acides et avec élévation de température, que l'opération chimique s'accomplit; dans le second, il s'agit d'une opération ascendante qui se produit avec réaction alcaline et abaissement de température. L'action du système nerveux cérébro-spinal se manifesterait plus spécialement dans la transformation du glycogène en sucre; la concentration du sucre dans le foie et sa métamorphose descendante, seraient au contraire sous la dépendance du grand sympathique. L'irritation de la moelle au niveau du plancher du quatrième ventricule accroît la glycogénèse et la glycémie; pratiquée au niveau des vertèbres dorsales, elle diminue la glycémie et accroît l'emmagasinement du glycogène dans le foie.

La destruction du sucre dans le sang s'opère au moyen de ferments comme sa production. De là vient qu'il y a des glycosuries qui ne tiennent pas à une alimentation sucrée ou féculente, et qui ont une origine interne; car la matière glycogène, à défaut d'éléments hydrocarbonés, peut se former aux dépens des matières azotées, et probablement aux dépens des

duré; on lui fait au bras gauche une nouvelle injection de 350 gr. d'eau à 40° et légèrement salée. — Rien de particulier. La malade paraît revenir un peu.

Le soir, à dix heures, T. A. 34°4, pas de mieux, toujours de l'algidité, crampes, vomissements, etc. Le pouls n'est pas revenu; on lui fait une nouvelle injection de 350 gr. d'eau à 40° et légèrement alcoolisée cette fois (2 gr. d'alcool). — Rien de particulier. Amélioration.

Le lendemain matin, à la visite, nous apprenons que la malade a succombé à sept heures du matin, et qu'elle a eu à quatre heures une *hémorrhagie intestinale*.

Autopsie : Peu de matières dans les intestins; jaunes, bilieuses dans le duodénum, elles sont rougeâtres dans tout le reste du tube intestinal. La muqueuse de l'intestin est injectée, congestionnée, rouge dans toute son étendue, excepté au niveau de l'iléon, où elle a une teinte bleue verdâtre. Dans le gros intestin, l'injection des vaisseaux est encore plus marquée : la muqueuse est rouge, et par place elle a une couleur lie de vin foncée. Pas d'ulcération. Rien du côté des plaques de Peyer ; saillie des follicules clos; psorentérie. Rien de particulier du côté des autres organes. Les poumons, les reins, le foie sont congestionnés; un petit caillot dans le ventricule droit, rien dans le gauche. L'estomac contient une matière verte où l'on trouve des aliments non digérés. Rien dans l'œsophage. La vessie est petite, ratatinée, ne contenant pas d'urine; sang noir, couleur de raisiné; utérus congestionné et rempli de sang; ovaires congestionnés aussi. Cerveau pas examiné.

Obs. II. *Choléra. — Malade cachectique. — Période algide et ultime. — Agonie. — Injection de 1,700 de solution saline en deux heures. — Amélioration passagère. — Mort. — Autopsie.*

(Observation recueillie par M. Paulier, interne du service.)

La nommée Joséphine H..., âgée de 31 ans, entre le 23 septembre dans la salle des cholériques (n° 40, salle Saint-Édouard). Elle était depuis plusieurs mois dans la salle Saint-Paul pour une syphilis tertiaire ou une scrofule ; le diagnostic était incertain. Elle avait la diarrhée depuis une quinzaine de jours, et des vomissements depuis huit jours.

Au moment où nous la voyons, vers neuf heures, dans le service des cholériques, elle présentait les symptômes caractéristiques du choléra à la période algide : refroidissement général et complet, cyanose, face profondément altérée, facies hippocratique des plus marqués, vomissements, diarrhée, crampes, soif vive, aphonie complète, etc. ; elle répond avec difficulté aux questions qu'on lui pose. T. A. 36°9. Le pouls radial a disparu; on sent à peine, au pli du coude, les battements de l'humérale.

A midi et demi, la malade est à l'agonie. Nous lui faisons au bras droit, dans la veine médiane basilique, une injection de sérum artificiel contenant une partie des éléments du sérum du sang, d'après la formule proposée par M. Beaumetz.

Nous injectons d'abord, en trois quarts d'heure environ, 800 grammes de liquide à 40° au

---

peptomes absorbés dans la veine porte. Enfin la formation du sucre est loin d'être un phénomène cadavérique : c'est une opinion que la leçon réfute avec plus d'insistance qu'il n'était besoin d'en mettre, et qu'il n'était pas nécessaire non plus de prêter aux vitalistes, pour l'écraser ensuite, sur leur dos, tout à son aise.

Le diabète artificiel, celui que l'on produit par la piqûre du plancher du quatrième ventricule, se produit par l'intermédiaire de la circulation; l'excitation nerveuse provoque une circulation plus active autour du réseau des cellules hépatiques, la matière glycogène s'y transforme alors plus abondamment, et le sucre produit est aussitôt emporté avec le sang. Il gagne alors le rein qui l'élimine, ainsi qu'il arrive toutes les fois qu'il y a glycémie proprement dite ou excès de sucre dans le sang.

Le curare qui provoque la glycémie et la glycosurie, le fait en paralysant les vaso-moteurs du foie, ce qui congestionne fortement cette glande et exagère les fontions normales. Serait-ce, comme l'a pensé Owsjanikoff, que le plancher du quatrième ventricule peut être regardé comme un des centres vaso-moteurs les plus nettement définis?

Étant bien entendu que c'est dans le foie que le sucre se produit, et à la périphérie musculaire qu'il se détruit, la glycémie diabétique tient-elle à un excès de la production par le foie, ou à une suspension de sa destruction à la périphérie? L'expérience du diabète artificiel semble bien prouver que c'est l'excès dans la production sucrée qui en est la cause, et que c'est le foie qui en est l'organe.

Enfin on peut se demander encore si la perturbation nerveuse apportée à l'action des vaso-moteurs du foie est une excitation ou une paralysie, et conclure avec M. Bernard que c'est par excitation vaso-motrice que le fait se produit. Des faits qu'il a recueillis relativement à la glande sous-maxillaire, notre auteur a déduit ceci : que dans les glandes la circulation du

moyen d'un clysopompe, qui nous permet de faire une injection lente et régulière. Le pouls reparaît, mais reste extrêmement petit. La température remonte à 37°7, mais la malade ne présente aucune amélioration sensible; elle est haletante, respire avec la plus grande difficulté et paraît toujours à la dernière extrémité.

A une heure quarante-cinq, le pouls ayant de nouveau disparu, nous lui faisons une nouvelle injection de 600 grammes de liquide. Cette fois survient un mieux surprenant : le pouls reparaît tout en restant très-petit, mais plus sensible que tout à l'heure; la voix revient claire, très-nette; la malade dit qu'elle nous voit parfaitement, elle ne nous voyait pas depuis son entrée; elle sent quelque chose circuler en elle; les battements du cœur sont plus forts; larmes dans les yeux. La malade éprouve de l'appétit et prend quelques cuillerées de bouillon froid. T. A. 37°6. Nous continuons l'injection et nous introduisons 300 autres grammes de liquide. Le mieux continue; la température qui, sans cause apparente, était tombée à 36°7, remonte à 37°7. Les yeux sont moins encavés, la figure devient meilleure, les lèvres sont roses, les ongles de la main gauche reprennent leur teinte naturelle, et la main redevient chaude. La malade reconnaît parfaitement ses parents qui arrivent à deux heures pour la voir. Elle cause avec eux quelques minutes seulement, car nous les renvoyons bientôt pour ne pas la fatiguer.

En somme, à deux heures, il y avait un mieux inespéré, la malade allait relativement très-bien. Obligé, à notre grand regret, de la quitter à ce moment, nous nous réservons de revenir le soir lui faire de nouvelles injections. A notre retour à cinq heures, nous apprenons qu'elle est morte rapidement vers trois heures et demie.

Autopsie. Peu de congestion dans les intestins. Psorentérie très-marquée. Pas de congestion des viscères (rate, rein, foie). Dans le cœur, quelques caillots cruoriques; plus dans le ventricule droit que dans le gauche. *Pas la moindre congestion* dans les poumons, qui sont aérés, crépitants et d'un blanc rosé caractéristique. Nous avons rencontré rarement des poumons aussi sains que ceux de cette malade morte du choléra. Ce fait est à noter, quand on songe à l'état congestif que présente ordinairement les poumons des individus qui ont succombé à cette maladie.

Ajoutons, pour terminer, qu'on a trouvé aussi des lésions des reins et des artères dépendant d'un cancer du petit bassin, cancer qui englobait l'utérus et le rectum, et n'avait pu être diagnostiqué pendant la vie.

En résumé, injection de 1,700 grammes de liquide chez une cholérique atteinte d'une affection chronique dont la nature n'avait pu être reconnue.

Obs. III. — *Choléra. — Période algide et ultime. — Injection veineuse de 400 grammes de solution saline. — Amélioration passagère. — Mort. — Autopsie.*

(Note communiquée par M. Gontier, interne des hôpitaux.)

D... (Sophie), 30 ans, cuisinière, entre à Beaujon le mardi 16 septembre 1873, à une heure de l'après-midi.

---

repos fonctionnel ou nutritive est régie par le nerf grand sympathique, et celle de l'activité fonctionnelle par l'appareil cérébro-spinal. Aussi regarde-t-il la paralysie vaso-motrice du foie consécutive à l'excitation du quatrième ventricule ou à l'administration du curare, comme une paralysie par épuisement après excitation. C'est au moins une possibilité.

L'intérêt qui s'attache à ces faits d'expérience n'échappera pas aux cliniciens, j'en ai la conviction; ils sauront utiliser ces données qui, d'ailleurs, n'auront guère pour eux, de nouveau, qu'une plus sévère confirmation, car la plupart étaient déjà dans le domaine des interprétations de l'observation. Peut-être aussi se demanderont-ils dans quel avenir cette médecine de l'avenir deviendra pratique, en voyant l'habile professeur consacrer plusieurs cours entiers à l'examen de cette seule maladie, et nous renvoyer pour la combattre à la déchéance nutritive qui en est la cause; et cela après avoir malicieusement glosé de ceux qui l'appellent une *dystrophie* constitutionnelle.

Dr A. Ferrand.

Éphémérides Médicales. — 21 Octobre 1554.

Lettres du prévôt de Paris par lesquelles maître Mathurin Delanoue est nommé chirurgien juré à Paris, après avoir été duement examiné par les chirurgiens suivants :

Sébastien Danisy, — Étienne de la Rivière, — Rasse Desueux, — Pascal Bazin, — Jehan Le Gay, — Philippes Lyevin, — Germain Cheval, — Bernabé Le Vest, — Nicolas Langloys, — Jehan de Mormorel, — Guillaume Du Goys. — A. Ch.

Diarrhée depuis deux jours. Le 16 au matin, vomissements et crampes ; la malade se décide à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, on constate : refroidissement des extrémités ; cyanose ; pouls insensible ; selles abondantes, caractéristiques ; vomissements ; extinction de la voix ; suppression des urines ; crampes dans les mollets.

M. Dujardin-Beaumetz, prévenu, fit une injection dans les veines (avant-bras gauche). On injecta environ 400 grammes d'une solution ainsi composée :

Eau.	500	grammes.
Chlorure de sodium . . .	3	—

et maintenue à la température de 40° centig.

L'opération fut faite avec la plus grande facilité.

Température avant l'opération : 34°2. Pouls complétement insensible.

Immédiatement après l'opération : Température : 34°6. Pouls : quoique encore très-faible, on le perçoit néanmoins très-distinctement.

Après l'injection, la malade ressentit un mieux sensible. Les vomissements et la diarrhée s'arrêtèrent. Les crampes persistant encore, on fait à la malade une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine : 0,01 centigr.

A six heures du soir, la malade s'était assoupie et rien de nouveau n'était survenu.

A huit heures du soir, la malade mourut subitement. La diarrhée et les vomissements n'avaient pas reparu.

L'autopsie, faite le lendemain, ne démontre l'existence d'aucune lésion dans l'appareil circulatoire du poumon ; rien au cœur ; rien de caractéristique dans le double tube digestif.

Ces trois observations, où l'amélioration n'a été que passagère, peuvent se résumer ainsi :

Dans le premier cas, il s'agit d'une dame de 43 ans présentant tous les symptômes de la période algide à sa plus haute expression. Le pouls radial a complétement disparu ; la température axillaire était de + 35°. A dix heures du matin, on lui injecte 450 grammes d'eau tiède à + 40°, additionnée de 3 grammes de chlorure de sodium. Après l'opération, amélioration très-sensible ; le pouls reparait (100 pulsations). La température axillaire s'élève à + 36° ; la voix renait. — A deux heures, l'amélioration a cessé, l'algidité se reproduit ; on fait une nouvelle injection de 350 grammes ; nouvelle amélioration, puis rechute. On refait, à dix heures du soir, une troisième injection de 350 grammes d'eau, additionnée de 2 grammes d'alcool. Cette dernière injection ramène de la chaleur et un peu de pouls ; mais la malade succombe à quatre heures du matin.

Dans le second fait, c'est une malade scrofuleuse, cachectique, et qui a été frappée dans le service de notre collègue, M. Fernet ; cette malade est dans un état d'algidité complète ; elle est expirante, plus de pouls, plus de connaissance. — On lui injecte d'abord 800 grammes d'un sérum artificiel et dont je donnerai la composition tout à l'heure, puis 800 grammes une heure et demie après, puis 300 grammes. Sous l'influence de ces injections répétées, la malade renait ; elle éprouve un soulagement considérable. « Mon sang circule, » dit-elle. Elle demande des bouillons, cause avec ses enfants qu'elle a fait appeler ; puis cette amélioration qui dure depuis deux heures cesse brusquement, et la malade succombe.

Dans le troisième cas, c'est encore à la période ultime du choléra, chez une femme dont le pouls ne bat plus et dont on sent à peine le battement du cœur, et où la température axillaire est à + 34°, que l'on fait une injection de 400 grammes d'eau à + 40° contenant 3 grammes de chlorure de sodium. L'injection, faite à deux heures, produit une amélioration des plus remarquables ; la cyanose de la face disparaît, le regard reprend sa vivacité, la parole renait, la température s'élève ; le pouls devient appréciable. Mais tous ces phénomènes s'éteignent peu à peu et, le lendemain matin à cinq heures, la malade succombe.

Dans ces trois faits, l'autopsie n'a révélé aucun désordre résultant de l'introduction des solutions salines dans les veines.

Ces résultats sont absolument identiques à ceux qu'ont obtenus malheureusement la plupart des médecins qui ont employé ce mode de traitement, et en particulier

tout à fait semblables aux faits communiqués à la Société en juillet et octobre 1866 par MM. Hérard et Oulmont (1). Mais, malgré le peu de durée de l'amélioration obtenue par les injections veineuses dans la plupart des cas, faut-il abandonner cette méthode thérapeutique? Je ne le pense pas, et je crois au contraire que nous devons chercher, par une étude attentive, à compléter cette médication, et à connaître les circonstances qui doivent rendre ces injections veineuses le plus utiles et plus profitables.

Pour établir ce second point de ma communication, et avant d'aborder l'étude des conditions que doit remplir et le malade qui va subir l'opération, et le liquide que l'on doit injecter, il me semble utile de rassembler d'abord les observations où ces injections veineuses ont été suivies de succès; car ce qu'il importe surtout de savoir, c'est par quels moyens on a obtenu des améliorations durables avec ce mode de traitement. J'ai donc résumé en quelques mots dix-huit observations où le succès a couronné les efforts des médecins, et l'étude de ces faits me permettra de marcher d'un pas plus sûr dans le chemin que je me suis tracé.

Voici d'ailleurs le résumé de ces observations (2) :

Obs. IV. — Homme. Période algide du choléra. Injection en une demi-heure de 8 livres (4 kilogr. 27 gr.) dans les veines de la solution suivante, à la température de 108 à 112 Far. (43 à 44° R.) :

Muriate de soude	2 ou 3 drachmes (3 à 5 gr.).
Sous-carbonate de soude. . . .	2 scrupules (2 gr. 50).
Eau distillée.	6 pintes (2 kilogr. 832 gr.).

Après cette injection, grand soulagement. Dans la journée, nouvelle injection de six livres (2 kilogr. 730 gr.). Guérison rapide. (*Thomas Latta.*)

Obs. V. — Femme de 50 ans. Période algide du choléra. Malade agonisante. Injection en 12 heures de 330 onces (10 kilogr. 230 gr.) du liquide précédent, à la même température, dans les veines. Guérison. Amélioration de la première injection de 120 onces (3 kilogr. 720). (*Thomas Latta.*)

Obs. VI. — Jeune femme. Période algide du choléra. Injection dans la veine, en 12 heures et en plusieurs fois, de 60 onces (1 kilogr. 866 gr.). Guérison. Morte dix jours après d'une péricardite chronique. (*Thomas Latta.*)

Obs. VII. — Femme âgée de 38 ans, enceinte de six mois. Période algide du choléra. Injection dans les veines de la solution suivante à la température de 105 Far. (40° centigr.) :

Muriate de soude	1 gros (4 gr.).
Carbonate de soude.	1 grain (0,06 centigr.).
Eau.	3 livres (1 kilogr. 119 gr.).

Première injection de 3 livres (1 kilogr. 119 gr.). Amélioration. Une heure et demie après,

(1) *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, t. III, 2e série, p. 195 et 253.

(2) Voir et comparer :

Jaehnichen et Marcus. *Animadr. path. cholera.* Mosg. 1830.

Marcus. *Rapport sur le choléra à Moscou*, 1832.

Magendie. *Leçons sur le choléra*, 1832.

Lancette française, 1832, p. 191, 253, 261, etc.

Gazette médicale, 1832.

Recueil de faits observés sur le choléra-morbus, 1833.

Dieffenbach. *Physiol. chir. Besbacht ou cholerakranken.* Gustrow, 1834.

Contour. *Coup d'œil sur le traitement du choléra.* (*Bull. de thér.*, 15 juin 1849.)

Briquet et Mignot. *Traité du choléra.* Paris, 1850.

Briquet et Goupil. *Coup d'œil sur l'épidémie cholérique au point de vue thérapeutique.* (*Bulletin de thérap.*, 30 janv. 1854.)

Duchaussoy. *Des injections faites par les veines dans le traitement du choléra.* Paris, 1855.

Lorain. *Du choléra à l'hôpital Saint-Antoine.* Paris, 1868.

Greisinger. *Traité des maladies infectieuses*, trad. Lemattre, 1868.

Besnier (Ernest). *Compte rendu des maladies régnantes*, 1866.

Hénocque. *Du traitement du choléra par les injections veineuses.* (*Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 738 et 790.)

Desnos. Article Choléra, *Nouveau dictionnaire de méd. et de chir.*, t. VII, 1867.

nouvelle injection de 7 livres (2 kilogr. 611 gr.). Amélioration. Cinq jours après, rechute. Nouvelle injection de 8 onces (250 gr.). Guérison. Avortement. Phlébite légère. *Docteur Craigie (de Leith).*

Obs. VIII. — Homme de 45 ans. Période algide. Injection de la solution de Latta de 4 pintes (1 kilogr. 892 gr.) en 40 minutes. Guérison. Deux jours après il retourna à son travail. *Docteur Gerdwood (d'Islington).*

Obs. IX. — Homme. Période algide. Injection par les veines de 2 livres 1/2 (932 gr.) de la solution de Latta. Guérison. (*Gerdwood, d'Islington.*)

Obs. X. — Femme jeune. Période algide. Injection de 3 livres (1 kilogr. 119) de la solution de Latta. Guérison. (*Gerdwood, d'Islington.*)

Obs. XI. — Femme de 40 ans. Période algide. Injection par les veines de 14 onces (352 gr.) de la solution de Latta. Amélioration. Une heure après, nouvelle injection de 17 onces (364 gr.). Guérison. (*Adair Lauric, de Glascow.*)

Obs. XII. — Femme de 22 ans. Période algide. Injection par les veines de 17 onces (364 gr.) de la solution de Latta. Amélioration; sommeil. Deux heures après, nouvelle injection de 7 onces (220 gr.). Sommeil. Guérison. (*Adair Lauric.*)

Obs. XIII. — Homme de 34 ans. Période algide. Température de la bouche : 33° centig. Injection de 30 onces (930 gr.) de la solution Latta. Amélioration. Deux heures après, nouvelle injection de 20 onces (620 gr.). Guérison. Phlébite légère. (*Adair Lauric.*)

Obs. XIV. — Homme de 40 ans. Période algide. Injection par les veines de 30 onces (930 gr.) de la solution de Latta. Le malade étant plongé dans un bain. Amélioration. Nouvelle injection de 7 onces (220 gr.). Guérison.

Obs. XV. — Femme de 36 ans. Période algide. Injection d'une solution saline (3 livres) (1 kilogr. 119). Amélioration. Trois heures après, nouvelle injection de 4 livres (1 kilogr. 492). Guérison. Accouchement d'un enfant mort âgé de 6 mois. (*David Carruthers, de Dundee.*)

Obs. XVI. — Homme de 29 ans. Période algide. Agonisant. Solution du docteur Latta; injection de deux litres de cette solution. Amélioration. — Une heure et demie après, injection de deux autres litres. Amélioration, puis rechute. — Deux heures après cette seconde injection de quatre litres et demi en deux fois, troisième injection de deux litres; puis, vers la fin de la journée, deux nouvelles injections. En résumé, 30 pintes (13 kilogr. 190) furent injectées par 7 opérations en 13 heures. (*Docteur Th. Weatherill, de Liverpool.*)

Obs. XVII. — Jeune homme de 17 ans. Période algide et ultime. Temp. axil. 98° Fahr. (37° centigr.). Injection dans les veines de 6 pintes (2 kilogr. 838 gr.) d'eau à 102° Fahr. (39° C.) contenant 3 drachmes (10 gr.) de sel commun et 2 scrupules (2 gr. 50) de carbonate de soude. Amélioration immédiate. Guérison. (*London Hosp.*, 1866.)

Obs. XVIII. — Homme vigoureux. Période algide. Température de l'aisselle : 34°; température de la bouche : 32°. Injection de 400 gr. d'eau à 40° dans les veines. Amélioration immédiate. Guérison. (*Lorain.*)

Obs. XIX. — Homme. Période algide. Injection de 220 gr. de lait venant d'être tiré du pis de la vache et passé à travers un linge. Guérison. (*Hodder.*)

Obs. XX. — Femme. Période algide. Injection d'abord de 230 gr. de lait; puis, deux heures après, nouvelle injection de 218 gr. de lait. Guérison. (*Hodder.*)

Ces observations sont loin de représenter tous les cas de guérison connus; je n'ai pris que les faits qui renfermaient des renseignements précis. Le nombre de guérisons obtenues par les injections veineuses dans les périodes ultimes du choléra s'élevait, en 1850, à plus de 30; depuis ce chiffre a augmenté, et l'on peut aujourd'hui le fixer, sans exagération, entre 40 et 50.

Je vais maintenant étudier successivement les trois points suivants :

1° A quelle période du choléra doit-on pratiquer les injections veineuses?

2° Quelle doit être la nature et la quantité de liquide qu'il faut injecter?

3° Le manuel opératoire.

1° *A quelle période doit-on pratiquer les injections veineuses?* — Sur cette question, tous les observateurs sont d'accord, et, jusqu'ici; les injections veineuses ont toujours été pratiquées dans la période algide du choléra et dans les cas les

plus graves et, pour ainsi dire, désespérés. Qu'on parcoure les observations de Thomas Latta, de Lewins (de Leith), de Lizars, de Christison, de Craigie, d'Anderson, de Little et Bennet, de Gerdwood, de Lauric, de Miller, de Briquet, de Goupil, de Bourguignon, d'Hérard, d'Oulmont, de Lorain, etc., c'est toujours dans des cas désespérés et dans la période la plus avancée de l'algidité, lorsque le pouls a disparu et que la température dans l'aisselle s'abaisse à 36°, 35°, 34° et même 33°, lorsque l'intelligence est affaiblie et que l'individu est complétement insensible, que l'on a pratiqué l'injection dans les veines. On s'adressait ainsi à la cause première de l'algidité, à cette perte de sérum du sang qui modifie si profondément les qualités physiques de ce liquide, qu'il ne peut plus circuler dans les vaisseaux sanguins.

Il existe cependant une observation dans laquelle l'injection veineuse a été pratiquée dans la période de réaction; réaction comateuse, il est vrai; mais ce fait est, je crois, le seul qui existe dans la science. Il est dû à Piorry, et voici le résumé de cette observation :

Obs. XXI. — Femme âgée de 23 ans, lingère, phthisique. Le 11 mars, elle éprouve le début des accidents cholériques. — Le 12, cyanose, algidité; dans la nuit du 12 au 13, les symptômes de cyanose disparaissent. — Délire, selles et vomissements pendant les journées du 13, du 14 et du 15. — Le 17, la malade est au plus mal; le pouls est faible, à 75. M. Blain des Cormiers injecte 500 grammes d'eau à 40°; très-grande amélioration. La malade avale du vin et du bouillon; elle succombe à deux heures.

Cette condition toute spéciale de n'injecter que les cas les plus graves et dans la période d'algidité complète, doit être conservée, et quoique des expériences fort précises aient démontré la complète innocuité de l'introduction dans les veines non-seulement de l'eau ou de solutions salines, mais encore de substances plus complexes, les corps gras, par exemple, l'injection veineuse n'en doit pas moins rester jusqu'à nouvel ordre une médication ultime s'adressant à des cas désespérés.

Il n'est pas douteux un seul instant que les résultats seraient de beaucoup plus avantageux si l'on pratiquait ces injections à une période moins avancée de la maladie, et lorsque le sujet conserve encore une certaine force; mais il faudrait, pour en agir ainsi, que nous eussions trouvé un liquide qui puisse suppléer d'une façon complète au sérum du sang, et, comme nous allons le voir tout à l'heure, le liquide n'est pas encore trouvé. On devra donc user de toute autre médication jusqu'au moment où l'individu agonisant, pour ainsi dire, ne présentera plus que cette chance de salut. Mais cette chance, il ne faut pas la laisser perdre, et l'on devra d'autant moins hésiter à pratiquer cette opération que toujours on a observé une amélioration, passagère, il est vrai.

2° *Nature et quantité du liquide à injecter.* — C'est là, à notre avis du moins, le point capital des injections veineuses dans le choléra.

Lorsqu'on se reporte aux cas de succès signalés plus haut, on voit que le plus souvent on a ajouté à l'eau des sels en plus ou moins grande quantité pour s'opposer aux altérations ultérieures de la masse sanguine; et, sauf le cas de guérison de Lorain obtenu par l'eau pure, tous les autres faits de guérison ont été produits par des solutions salines à titres variables. Une des plus usitées est à coup sûr celle conseillée par Latta, et dont voici la formule :

Muriate de soude	2 ou 3 drachmes (3 à 5 gr.).
Sous-carbonate de soude. . .	2 scrupules (2 gr. 50).
Eau distillée.	6 pintes (2 kilogr. 838 gr.).

Craigie employait la solution suivante :

Muriate de soude	1 gros (4 gr.)
Carbonate de soude.	1 grain (0,06 centigr.)
Eau.	3 livres (1 kilogr. 119 gr.).

Christison (d'Edimbourg) conseillait l'injection suivante :

Sel commun.	120 grains (78 gr.).
Carbonate de soude	40 grains (26 gr.).
Eau	5 livres (1 kilogr. 865 gr.).

Liquide auquel on ajoutait 10 à 15 gouttes d'une solution de muriate de morphine, pour calmer les vomissements.

Colson, dans une communication faite le 7 août 1866, à l'Académie de médecine, proposait le mélange suivant :

Eau distillée.	1250 grammes.
Muriate de soude	12 —
Lactate de soude.	8 —
Phosphate de soude.	3 —

M. Hérard s'est servi du mélange suivant :

Eau distillée.	1000 grammes.
Chlorure de sodium.	4 gram. 50 centigr.
Phosphate de soude.	1 gram. 25 centigr.
Chlorure de potassium . . .	0,25 centigrammes.
Carbonate de soude.	0,50 —

Nous-même, après avoir employé l'eau légèrement salée, nous avons usé dans une de nos observations (obs. II) d'un liquide ainsi composé, liquide qui reproduit d'une manière approximative l'analyse du sérum fournie par Dumas :

Eau distillée		1000 grammes.
Chlorure de sodium.		3 gram. 10 centigr.
Phosphate de soude.		30 centigrammes.
Carbonate de soude. . .	}	
Sulfate de potasse. . . .	} *ââ*. . .	1 gramme.
Lactate de soude	}	

Je n'ai pas ajouté d'albumine dans ce liquide, et en cela, j'ai suivi le conseil des médecins écossais, qui prétendent que cette adjonction n'a jamais été favorable. Christison (d'Édimbourg), en particulier, affirme que cette addition de l'albumine n'a jamais été avantageuse.

Toutes ces solutions salines sont bien loin de reproduire le sérum, et il suffit, pour s'en convaincre, d'examiner leur action au microscope sur les globules sanguins. Cette étude, nous avons pu la faire, grâce aux savants conseils de notre ami, le docteur Grancher, chef des travaux histologiques à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. On peut voir alors, sous le champ du microscope, l'action destructive immédiate de l'eau sur les globules, et qui laissent à leur place quelques fragments de matière pigmentaire.

Les solutions salines, et en particulier celle que j'ai préconisée, ne détruisent pas les hématies complétement, mais elles en altèrent la forme et le contour; aussi, pour remédier à ces inconvéniens, les histologistes, dans les préparations de sang, emploient-ils un sérum iodé provenant du liquide de l'amnios de la vache, additionné d'iode.

Cette destruction rapide des globules par l'eau et les solutions salines, montre bien l'importance de la composition du liquide à injecter; et je crois que, si l'on pouvait trouver un sérum artificiel qui pût être introduit dans le sang sans altérer les globules, on aurait fait faire à la question des injections veineuses un progrès décisif. Je dis *sérum artificiel*, car il me paraît impossible de se servir journellement d'un sérum naturel, soit celui du sang, soit l'eau de l'amnios, et cela, pour deux raisons : la première, c'est que ces liquides s'altèrent rapidement; la seconde, c'est que pour cette opération qui se fait d'urgence, il est impossible d'avoir immédiatement sous la main une semblable solution. Cependant, il ne faudrait pas perdre tout espoir de conserver du sérum naturel sans altération pendant un laps de temps relativement assez long, en employant une substance qui n'aurait pas une

action toxique trop intense. Nous avons démontré, en effet, M. Hirne (1) et moi, que les solutions de chloral empêchaient les altérations ultérieures de l'albumine, et l'on pourrait peut-être, en ajoutant quelques grammes de cette substance dans du sérum naturel, obtenir un liquide à l'abri de modifications qui viendraient en changer la nature; c'est là un point qui demande de nouvelles recherches, et sur lequel j'appelle votre attention.

Le sang défibriné pourrait en pareil cas rendre de grands services, et l'on est étonné que la transfusion n'ait pas été appliquée plus souvent à la période algide du choléra; il faut attribuer ce résultat aux premières tentatives faites par Dieffenbach, et que Scoutetten nous a transmises avec cette annotation : « Ces observa- « tions serviront peut-être l'humanité en évitant à quelques malheureux d'être « victimes d'une nouvelle expérience. » Je crois que les effets rapidement mortels qui accompagnèrent ces transfusions ne doivent pas être attribués à l'introduction du sang dans les veines, mais bien au procédé opératoire très-défectueux mis en usage. Dieffenbach se servait, en effet, de tuyaux de plumes et de seringues grossières pour faire de pareilles injections; et je suis persuadé que, si l'on employait les appareils si parfaits que nous avons aujourd'hui, on pourrait, en suivant les règles posées par Pannum et de Belina (2), obtenir des résultats avantageux, de l'injection chez les cholériques à la période algide, du sang défibriné de l'homme ou des animaux. Il ne faut pas oublier toutefois qu'en Russie, en 1849, Tnozemtzew a employé le sérum humain, et cela avec succès; 180 grammes de ce sérum, à la température de 32°, injecté par les veines chez un cholérique arrivé à la période algide et ultime, amenèrent une prompte guérison.

Le docteur Hodder (Canada) a obtenu deux cas remarquables de guérison en injectant du lait dans les veines; la première fois, 220 grammes amenèrent la guérison chez un homme dans la période d'algidité et de collapsus du choléra; dans le second, deux injections de 448 grammes amenèrent la guérison chez une cholérique ayant atteint la même période. Malgré le résultat remarquable obtenu par ce médecin, aucune tentative semblable n'a été faite depuis, à notre connaissance.

Outre cette action principale des injections veineuses qui consiste à rendre au sang le sérum qu'il a perdu, on a voulu donner à ces injections d'autres propriétés thérapeutiques en y ajoutant des substances plus ou moins actives. C'est à Duchaussoy que nous devons les expériences les plus nombreuses au sujet de ces injections médicamenteuses; et, laissant de côté les faits dans lesquels on a simplement injecté un médicament dans les veines, je ne m'occuperai ici que de ceux où ce médicament est venu s'ajouter à une solution saline plus ou moins diluée. Ainsi, le docteur Christison, d'Edimbourg, avait conseillé d'ajouter par injection de 7 à 10 livres (2 kil. 711 à 3 kil. 730) 10 ou 15 gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine; il prétendait ainsi combattre avantageusement les vomissements, et en employant ce mélange il a obtenu 7 cas de guérisons sur 18 injections.

Les docteurs Little et Bennet ont ajouté l'alcool à la solution, et voici un résumé du fait qu'ils ont observé.

Obs. XXII. — Femme. Période algide. Injection de 30 onces (930 gr.) de la solution saline de Latta, additionnée de 2 drachmes (7 gr. 50) d'alcool. Ivresse passagère. Amélioration, puis mort. (Little et Bennet.)

M. Duchaussoy s'est servi de l'infusion de menthe, et voici le résumé des deux observations :

Obs. XXIII. —Homme de 56 ans. Période algide du choléra. Injection de 100 gr. d'infusion de menthe filtrée, additionnée de 15 gr. d'alcoolat de mélisse. Amélioration très-passagère. Mort douze heures après l'opération. A l'autopsie, les artères des membres et du tronc présentent un léger enduit rosé et très-visqueux.

(1) Dujardin-Beaumetz et Hirne. *Des propriétés antiputrides et antifermentescibles du chloral.* Union Médicale, 1873.

(2) De Belina. *De la transfusion du sang.* Paris, 1870.

Obs. XXIV. — Femme de 44 ans. Période algide du choléra. Injection de 200 grammes d'infusion de menthe à + 37° centigrades, additionnée de 10 gr. de chlorure de sodium. Amélioration pendant dix minutes. Mort trois heures après.

La lecture de toutes ces observations nous semble indiquer qu'il faut être très-réservé dans l'emploi de ces solutions médicamenteuses, et qu'il faut, au contraire, se rapprocher autant que possible des conditions que présente à l'état normal le sérum du sang.

La quantité du liquide injecté est aussi un point fort important, et l'on peut voir, par les observations précédentes, quelles quantités énormes de liquide les médecins anglais ont injectées dans les veines des cholériques. L'une des observations les plus curieuses, à coup sûr, est l'observation XIV, où la guérison a été obtenue en injectant en 13 heures 13 kil. 190 grammes de solution saline. D'ailleurs, dans le plus grand nombre des guérisons observées, on voit qu'elles sont obtenues par des injections souvent répétées de 1,000 à 1,500 grammes de liquide. Je pense, vu ces résultats, qu'il ne faut pas hésiter à répéter et à prolonger les injections, et j'entends, par ce mot prolonger, faire des injections de 800 à 1,000 grammes de liquide très-lentement, et dans un laps de temps relativement assez long.

En résumé donc, si j'avais de nouvelles injections veineuses à pratiquer, je n'hésiterais pas à employer non-seulement le lait, comme l'a fait Hopper, mais encore des solutions salines en grande quantité, mais que je ferais pénétrer lentement et d'une façon continue.

3° *Manuel opératoire.* — Pour faire des injections veineuses une opération courante, il faut, tout d'abord, simplifier autant que possible le manuel opératoire et éviter les procédés qui réclament des appareils trop complexes et trop coûteux. C'est ce qui nous fait repousser *à priori* et le *gravitatem* ou le *gravitateur* de Blumdell, et les transfuseurs de Maisonneuve, de Belina et de Mathieu, appareils fort ingénieux, mais que tout le monde n'a pas sous la main.

Dans nos premières transfusions, nous nous étions servi d'une seringue à hydrocèle ordinaire et d'un trocart capillaire; mais nous avons reconnu à ce procédé un inconvénient, c'est que l'injection, malgré toute l'habileté de la personne qui pousse la seringue, se fait par saccade, et nous avons adopté le procédé suivant qui nous paraît de beaucoup préférable.

Un irrigateur ordinaire, et dont la soupape fonctionne régulièrement, est chargé avec la solution saline que nous voulons injecter. On place l'instrument dans un vase contenant de l'eau chaude à la température de 41 à 42°. A l'extrémité du tube de l'irrigateur, nous plaçons un tube en caoutchouc auquel est ajoutée une extrémité de métal qui pénètre jusqu'au bout inférieur de la gaine d'un trocart. Ce trocart est celui qui est employé dans le transfuseur de Mathieu. On peut, par le plus ou moins d'ouverture que l'on donne au robinet, régler l'écoulement du liquide d'une façon fort régulière et aussi lentement que l'on veut. Une fois cet appareil préparé, nous faisons au bras, soit au poignet lorsqu'une veine assez considérable s'y trouve, soit au pli du bras, et, dans ce cas, à la veine médiane basilique ou veine médiane céphalique, une légère incision à la peau, qui nous permet d'isoler la veine. Puis, après avoir passé au-dessous de cette dernière une sonde cannelée, on ponctionne obliquement la veine avec le trocart, on retire l'aiguille du trocart, on fait pénétrer un peu plus avant la gaine de ce dernier entre les parois mêmes de la veine, et on introduit l'extrémité métallique adhérente à l'irrigateur, en ayant soin de faire couler le liquide au moment même de l'introduction. La ligature qui a été placée au-dessus de la veine est alors enlevée, et l'on règle, suivant les circonstances, l'écoulement du liquide.

Rien de plus simple que cette opération, et, ce qui la rend encore plus facile, c'est la complète insensibilité du malade, car on opère le plus souvent comme sur un cadavre.

Les aiguilles à trocart ne nous paraissent pas très-avantageuses pour cette opération; il arrive souvent, en effet, que, lorsque l'on veut entrer plus profondément

l'aiguille dans la veine, on fait des contre-ouvertures sur les parois du vaisseau, ce qui amène des thrombus plus ou moins étendus, et cela d'autant plus facilement que les parois des veines sont, à cette période du choléra, revenues sur elles-mêmes. Je leur préfère de beaucoup le trocart à dard, ce dernier pouvant se retirer aussitôt la ponction faite.

Ces injections ne paraissent pas s'accompagner de complications graves; cependant, dans les observations, on a signalé souvent des phlébites, phlébites le plus ordinairement bénignes, mais qui peuvent, dans certains cas, devenir mortelles; l'observation à cet égard la plus intéressante est celle de Miller, où l'on voit l'injection veineuse guérir un malade qui succombe ensuite à la phlébite qu'a déterminée l'opération.

Obs. XXV. — Robert Henderson, 38 ans; 26 juin, sept heures et demie du soir. Période algide du choléra; plus de pouls. Injection par les veines de deux pintes (946 gr.) de la solution suivante :

Muriate de soude	3 gros.
Carbonate de soude	1 gros.
Eau	3 livres.

Amélioration. A dix heures du soir, nouvelle injection de 1 pinte 3/4 (900 gr.). Nouvelle amélioration. A minuit et demi, troisième injection de 1 pinte (473 gr.)

Le lendemain, six heures du matin, quatrième injection de 2 pintes (946 gr.). Amélioration définitive.

Phlébite le 29, qui augmente progressivement, et qui détermine la mort le 3 juillet. (*Docteur Miller.*)

Cette phlébite peut avoir deux origines; ou bien elle dépend du traumatisme porté aux veines par l'opération, et en particulier par l'élévation de la température, comme Briquet et Goupil l'ont observé, du trocart placé dans la veine, ou bien par l'injection d'un liquide trop irritant. Mais ce sont là des faits exceptionnels et que nous n'avons pas souvent à observer, les malades succombant avant que toute manifestation inflammatoire ait pu se montrer.

Quant aux résultats de ces injections, il est bien difficile d'établir une statistique sérieuse, et cela pour bien des raisons. La première, c'est qu'un grand nombre d'observateurs n'ont pas publié leurs échecs, tandis que d'autres n'ont signalé que leurs succès; la seconde, c'est que l'on n'opère que les cas véritablement désespérés; la troisième, c'est que les injections veineuses ne s'adressent qu'à un épiphénomène du choléra, l'algidité; et l'on sait qu'il ne suffit pas de faire disparaître les symptômes de refroidissement et de cyanose pour faire guérir son malade; combien ne voyons-nous pas d'individus qui, après avoir éprouvé une réaction plus ou moins complète, n'en succombent pas moins dans un laps de temps variable avec des symptômes comateux et typhoïdes? Et, si l'on veut me permettre une comparaison, il me semble que l'injection veineuse a agi dans le choléra, toute proportion gardée d'ailleurs, comme la trachéotomie dans le croup : elle n'enlève pas la maladie, mais elle prolonge la vie du malade.

En effet, dans tous les cas d'injection, nous voyons une amélioration très-notable se produire. Le malade agonisant renaît à la vie; il reprend connaissance, il parle, il voit et reconnaît les siens; sa circulation reparaît, sa température s'élève; les sécrétions se rétablissent, l'absorption se fait; il éprouve un bien-être notable et un grand soulagement, et rien de plus curieux, de plus frappant, je dirai même de plus étonnant, que cette résurrection. Cette amélioration, il est vrai, est le plus souvent passagère; mais, quelque courte qu'elle soit, elle ne doit pas nous faire abandonner cette méthode des injections veineuses; elle doit, au contraire, nous pousser à perfectionner ce mode de traitement, et à chercher surtout les liquides les plus favorables à la circulation sanguine.

Telles sont, Messieurs, les considérations que je voulais vous soumettre, persuadé qu'elles trouveraient au sein même de la Société un accueil favorable, et que, grâce à vos savants conseils, nous pourrions trouver ensemble la clef de ce grand problème thérapeutique.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

QUE FAUT-IL PENSER DE NOS INSTITUTIONS D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ? par M. le docteur LEVIEUX. In-8°. Bordeaux, 1873.

Ce travail a été lu à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux en réponse à un discours de M. le docteur Armingaud, dans lequel cet honorable confrère avait émis cette opinion : que nos institutions d'hygiène publique et administrative ne sont en rapport ni avec l'état avancé de la médecine préventive, ni avec les exigences croissantes de la civilisation moderne, et que, sous ce rapport comme sous tant d'autres, nous nous sommes laissé devancer par les nations voisines.

M. le docteur Levieux, vice-président du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Gironde, et auquel l'hygiène publique est redevable de travaux d'une grande importance, M. Levieux n'a pu accepter ce jugement sévère, et en a appelé par un discours dans lequel il prouve avec évidence, selon nous, que ce sont moins les institutions qui manquent en France que les voies et moyens de fonctionnement, trop souvent embarrassés par les lenteurs et les formalités administratives.

Ce discours expose avec une connaissance parfaite du sujet et apprécie avec une grande justesse l'état actuel de nos institutions d'hygiène. Il se termine par des conclusions que nous croyons devoir reproduire :

Depuis le commencement de ce siècle jusqu'à nos jours, nos institutions d'hygiène publique, trop longtemps négligées, ont acquis un grand développement dont les diverses phases, il faut le reconnaître et s'en féliciter, ont coïncidé avec les transformations libérales qui se sont produites dans notre société moderne.

Par la création, sur toute l'étendue de notre territoire, des Conseils d'hygiène, des médecins des épidémies, des commissions sanitaires, des commissions d'inspection des pharmacies, droguerles, herboristeries et magasins d'épicerie, avec le complément d'un inspecteur général des services sanitaires et du Comité consultatif d'hygiène publique de France, on a constitué un ensemble parfaitement homogène et très-susceptible de rendre des services aux populations, mais qui pourrait être très-utilement complété par un *ministère spécial*.

Le meilleur moyen d'augmenter l'importance des Conseils d'hygiène n'est pas d'agrandir le cercle de leurs attributions, elles sont aussi étendues que possible; c'est d'insister auprès des préfets pour qu'ils les président plus souvent, mais surtout pour qu'ils obtiennent des Conseils généraux des allocations dignes du but essentiellement humanitaire que poursuit cette utile institution.

Ce qui fait défaut dans nos institutions d'hygiène publique, c'est moins l'initiative que le contrôle.

La nomination d'inspecteurs départementaux *ayant le droit de verbaliser*, et suffisamment rémunérés pour pouvoir consacrer tout leur temps à ces importantes fonctions, serait d'une urgence incontestable.

Il faut faire des vœux pour que nous arrivions à une époque où nos administrateurs n'ayant plus à s'occuper de questions politiques, pourront consacrer leur intelligence et leur dévouement à étudier les besoins des populations, et où ils cesseront d'être dans des conditions d'instabilité qui ne leur permettent pas d'acquérir l'expérience des affaires.

En Angleterre, on fait des administrateurs; en France, on les *improvise;* ce n'est pas le moyen de constituer une administration sérieuse. Il serait à désirer que, désormais, les fonctions de maire ne fussent, autant que possible, confiées qu'à des hommes possédant des connaissances spéciales, et que le mode de nomination de ces magistrats assurât leur indépendance.

Ce serait une erreur de croire qu'il suffirait de remanier, même de fond en comble, notre organisation sanitaire pour obtenir cette prompte et rigoureuse exécution qui, par l'opportunité des mesures, en assure l'efficacité; une telle précision exigerait, avant tout, deux qualités que nous ne possédons peut-être pas à un assez haut degré : *le sentiment du devoir et le respect de la loi.*

Vouloir imprimer aux décisions des Conseils d'hygiène un caractère *obligatoire*, ce serait non-seulement porter atteinte à nos principes de liberté communale, mais se heurter incessamment contre des difficultés et même des impossibilités matérielles avec lesquelles on est bien obligé de compter.

Il serait plus prudent d'introduire des améliorations successives dans nos institutions actuelles d'hygiène publique et de salubrité que de réclamer, les concernant, des réformes radicales.

Voilà certes des propositions émanant d'un esprit pratique et familier avec toutes les difficultés des affaires.

ORIGINE DE LA SYPHILIS, par Edmond BASSEREAU, D.-M., ancien interne des hôpitaux de Paris; in-8°, Paris, 1873, J.-B. Baillière et fils, libraires.

Cette brochure, d'après le dire de l'auteur, n'est qu'une partie détachée d'un travail d'ensemble qu'il publiera plus tard sous le titre d'« examen historique et critique des doctrines qui ont régné jusqu'à ce jour sur la syphilis. » Dans cette brochure, l'auteur se pose l'éternelle et peu soluble question : La syphilis est-elle ancienne ou moderne? Il adopte l'opinion que la syphilis est une maladie moderne sans apporter, ce nous semble, aucun élément nouveau sur cette question si profondément étudiée par Astruc. Toutes les probabilités se réunissent en faveur de cette opinion : la syphilis n'est ni le *mal français* ni le *mal de Naples*, c'est très-probablement le *mal américain* importé en Europe par l'expédition de Christophe Colomb. Nous disons : probabilités, car, pour avoir la certitude de la vérité de cette opinion, il aurait fallu que les médecins de l'expédition eussent observé la syphilis dans le nouveau monde sur les naturels du pays et au moment même de l'arrivée des Européens. Or, aucun document authentique ne prouve cela. Quant aux textes grecs et romains invoqués par les partisans de l'ancienneté de la syphilis, on peut les faire servir aussi bien pour que contre cette opinion, et c'est ce qui est arrivé dans les innombrables dissertations dont la littérature médicale est encombrée. Ce que nous avons remarqué dans le travail de M. Bassereau, c'est une interprétation judicieuse de ces textes caméléoniens où l'on trouve tout ce que l'on veut prouver, et qui exigent, pour ne pas s'égarer et égarer les autres, une solide érudition et un sens critique très-développé.

M. Edmond Bassereau, digne fils d'un père à qui la doctrine syphilitique moderne doit un réel progrès, a fait preuve de ces précieuses qualités dans les deux chapitres de cet opuscule dans lesquels il examine les documents sur les maladies vénériennes puisés dans les écrits antérieurs à l'année 1494 et dans les écrits postérieurs à cette époque.

Ces études rétrospectives et historiques doivent être encouragées. Assurément, M. Edmond Bassereau n'a pas la prétention de faire oublier les savants ouvrages d'Astruc, de Jourdan, — pour ne citer que deux principaux défenseurs : l'un de la *modernité*, l'autre de l'antiquité de la syphilis, — mais il a le mérite d'avoir résumé les traits principaux d'une bien longue discussion, et d'avoir fixé l'attention sur les plus intéressantes données d'un problème qui s'agitera longtemps encore.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 octobre 1873. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

SOMMAIRE. — Double luxation congénitale du fémur chez un fœtus presque à terme; absence complète des trois muscles fessiers et du muscle pyramidal. — De l'emploi du couteau galvano-caustique dans les opérations de résection du maxillaire inférieur. — Du traitement des kystes sébacés (loupes, tannes, etc.) et des tumeurs lipomateuses par les caustiques, comparé avec l'opération par le bistouri.

Longue séance, bien remplie, animée par des discussions vives qui mettent une fois de plus en relief la diversité des esprits et des points de vue auxquels ils se placent pour juger les questions que les incidents de chaque jour font naître.

Voici venir d'abord M. Houel, le conservateur zélé du musée Dupuytren, et qui ne cesse de travailler à augmenter la collection, déjà si riche, des pièces anatomo-pathologiques dont la garde lui est confiée.

Celle qu'il met aujourd'hui sous les yeux de ses collègues est intéressante à plus d'un titre. Il s'agit d'un fœtus presque à terme qui offre des particularités dignes de remarque. D'abord, il est né ayant les deux pieds appliqués sur les parties latérales de la tête, position qu'il avait dans le sein maternel, ainsi que l'a constaté la sage-femme qui l'a reçu. Les deux membres inférieurs sont dans un état d'extension forcée et présentent sur leur face antérieure une concavité moulée sur le thorax du fœtus. En arrière, on trouve, à la région sacrée, un *spina bifida* parfaitement caractérisé. Mais la particularité la plus intéressante est celle-ci : il existe une double luxation congénitale du fémur, ou, si l'on veut, une double malformation de l'articulation coxo-fémorale dont la tête hypertrophiée est appliquée seulement à la face de la cavité cotyloïde, qui est effacée et devenue insuffisante pour loger la tête; en même temps, il y a absence complète des trois muscles fessiers et du muscle pyramidal. Les recherches les plus minutieuses, aidées de l'examen microscopique le plus attentif, n'ont point permis de consta-

ter la présence d'une seule fibre musculaire à la place occupée par ces muscles à l'état normal. Tous les autres muscles existent. Cette pièce remarquable serait donc un exemple de double luxation congénitale du fémur, compliquée d'absence des muscles fessiers et pyramidal, due, suivant M. Houel, à l'action de la position vicieuse du fœtus dans le bassin. L'explication donnée par M. Houel a provoqué des objections et des interprétations contraires.

M. Verneuil, qui, depuis quelques années, professe l'opinion que beaucoup de luxations *dites* congénitales sont le résultat de paralysies musculaires de la première enfance, et sont par conséquent postérieures à la naissance, ne pouvait manquer d'arguer de ce fait en faveur de sa doctrine. Si ce n'est pas la paralysie, c'est mieux que cela : c'est l'absence même des muscles fessiers qui a déterminé la luxation. A cela, M. Trélat répond que la pièce de M. Houel est plutôt contraire que favorable à la théorie de M. Verneuil, puisqu'il s'agit d'une luxation véritablement *congénitale;* ce fait viendrait plutôt à l'appui de l'opinion de M. Broen, qui soutenait, contre M. Verneuil, que les luxations congénitales sont le résultat de malformations primitives, antérieures, par conséquent, à la naissance. Du reste, M. Trélat, de même que MM. Blot et Chassaignac, ne pense pas qu'il soit possible de déterminer quel a été, dans ce cas, le phénomène primitif : l'atrophie ou l'absence des muscles pelviens, ou bien la luxation coxo-fémorale. M. Sée (Marc) a même fait remarquer que la physiologie est contraire à l'opinion de M. Verneuil, puisque les muscles fessiers ne sont pas les extenseurs de la cuisse. Mais M. Verneuil a répondu que, si les muscles fessiers ne sont pas les vrais extenseurs de la cuisse, du moins ils jouent le rôle de ligaments actifs qui maintiennent la tête du fémur dans sa cavité : d'où il suit que la paralysie ou l'absence de ces muscles prédispose à l'expulsion lente de la tête du fémur en arrière. M. Houel croit également que l'absence des muscles fessiers a favorisé la luxation fémorale et l'attitude vicieuse du fœtus dans le sein maternel.

Après que l'on a eu bien discuté pour savoir si la luxation congénitale du fémur, dans le cas de M. Houel, était l'effet ou la cause de l'absence des muscles pelviens, M. Guéniot a demandé la parole pour faire observer qu'il n'y avait pas luxation, mais simplement flexion forcée des fémurs sur le bassin. Aussitôt, on s'est mis à regarder de plus près à la pièce de M. Houel et, après examen, on a pensé qu'en effet il pouvait y avoir doute sur la nature de la lésion. C'est pourquoi M. le président a désigné une commission, composée de MM. Houel, Guéniot, Sée et Verneuil, chargée d'examiner la pièce à nouveau et de dire son sentiment à cet égard. Autrement dit, on a fini par où il eût fallu commencer.

Après la discussion sur le cas de M. Houel, M. Verneuil en a soulevé une autre en communiquant les résultats de deux opérations de résection du maxillaire supérieur au moyen du galvano-cautère. Dans un cas, il s'agissait d'un ulcère épithélial de la face qui avait envahi l'os maxillaire, et, dans l'autre, d'une tumeur énorme de cet os. Dans les deux cas, les parties molles ont été divisées par le couteau galvano-caustique, grâce auquel la perte de sang a été insignifiante ; il est vrai de dire que M. Verneuil a pris soin aussi de faire la ligature préalable des artères, et que dans l'un de ces deux cas il a pratiqué la ligature préalable de la carotide externe. Enfin, pour empêcher le sang de pénétrer dans les voies aériennes ou dans le tube digestif, M. Verneuil a la précaution de garder pour le dernier temps de l'opération l'ouverture de la cavité buccale. Il pense que l'emploi du couteau galvano-caustique, associé aux précautions dont dont il vient d'être mention, permet d'enlever en toute sécurité les tumeurs les plus volumineuses sans être arrêté par la crainte des hémorrhagies.

Cette conclusion de M. Verneuil n'a pas été accueillie sans objections par ses collègues. MM. Chassaignac et Dolbeau lui ont fait observer que la ligature préalable des artères, et surtout de la carotide externe, dans les cas dont M. Verneuil a donné communication, avaient dû avoir la meilleure part d'influence pour empêcher l'hémorrhagie, et qu'il ne fallait pas attribuer l'hémostase à l'emploi du galvano-caustique. M. Amédée Forget a même ajouté qu'il serait dangereux de laisser croire aux praticiens que l'on peut faire de grandes opérations dans le genre de celles dont a parlé M. Verneuil, sans craindre les hémorrhagies, grâce au galvano-cautère.

M. Verneuil a répondu que, sans nier l'influence prépondérante de la ligature préalable de la carotide externe pour empêcher l'hémorrhagie, dans le cas dont il s'agit, il ne pouvait pas ne pas attribuer une part considérable dans ce résultat à l'emploi du galvano-cautère ; il a vu, en effet, dans des opérations analogues, la ligature préalable ne pas prévenir de graves hémorrhagies.

Incidemment, un petit débat s'est élevé entre M. Tillaux et M. Verneuil sur la facilité de la ligature de la carotide externe, le premier considérant cette opération comme étant d'une extrême difficulté, le second affirmant qu'il l'avait toujours trouvée d'une facilité relative, surtout depuis que M. Félix a indiqué comme point de repère l'anse nerveuse de l'hypoglosse.

La discussion soulevée par la communication de M. Verneuil était à peine close qu'une troisième a commencé. Cette fois, le débat a eu pour cause deux faits cités par M. Dubrueil

de guérison de tumeurs lipomateuses par l'emploi du caustique de Vienne. Ce chirurgien applique sur le lipome une traînée de caustique; huit jours après, il lui est facile d'enlever, en quelque sorte tout d'une pièce, la masse graisseuse à l'aide d'une pince et de deux coups de ciseaux. La guérison est parfaite au bout de peu de temps.

La communication de M. Dubrueil a mis aussitôt aux prises les deux camps en lesquels se divisent toujours les chirurgiens quand il s'agit du traitement des tumeurs : le camp des partisans du bistouri et le camp des partisans des caustiques. Les deux camps, dans cette discussion, se sont trouvés en nombre à peu près égal : dans le camp des caustiques, MM. Dubrueil, Desprès, Chassaignac, Marjolin et Tillaux; dans le camp du bistouri, MM. Trélat, Blot et Larrey. Ces derniers ont cité des faits en grand nombre qui sont certainement favorables à l'emploi du bistouri. M. Trélat enlève les loupes, les tannes du cuir chevelu et les lipomes, et obtient leur guérison par première intention, du jour au lendemain, à l'aide d'une incision linéaire et d'une compression méthodique; M. Blot est arrivé aux mêmes résultats par les mêmes moyens dans une quarantaines d'opérations de ce genre qu'il a pratiquées; enfin M. Larrey a obtenu dans un cas de tumeur lipomenteuse, du volume d'une tête d'adulte, une guérison par première intention en trente-six heures.

Mais les partisans des caustiques opposent à ces faits d'autres faits dans lesquels l'emploi du bistouri a été moins heureux, a produit des accidents graves, tels que l'érysipèle et l'infection purulente ayant entraîné dans deux cas célèbres, entre les mains de Blandin, et pour l'ablation de tout petits lipomes, la mort des malades. Lorsque la réunion par première intention ne réussit pas, les opérés sont exposés aux dangerr les plus sérieux, tandis que l'emploi des caustiques met à l'abri de ces périls. Tel a été l'avis de MM. Chassaignac, Desprès, Tillaux et Marjolin. M. Tillaux a ajouté, en outre, que pour les malades de la classe ouvrière, les caustiques avaient l'avantage de ne pas les arrêter dans leur travail, et M. Marjolin a fait remarquer que certains kystes sébacés avaient besoin de suppurer pour guérir par oblitération de la poche, ce qui rendait nécessaire l'emploi des caustiques.

Conclusion de cette discussion, comme des autres : *Adhuc sub judice lis est.*

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

JOURNAL DES JOURNAUX

Éclampsie albuminurique et urémie; *guérison par l'hydrate de chloral*, par le docteur BOUCHUT, médecin à l'hôpital des Enfants, etc. — D'après le docteur Bouchut, qui trouve la doctrine de l'urémie trop exclusive, l'éclampsie albuminurique doit être rapportée : 1° à la suffusion séreuse des méninges et du cerveau; 2° à l'intoxication urémique ou ammoniémique par insuffisance sécrétoire des reins. Il cite l'observation d'une encéphalopathie qu'il rattache à la suffusion séreuse de la pie-mère et du cerveau, et non à l'intoxication urémique, parce que, dans ce cas, la petite malade offrait de l'anasarque, de l'hydropéricarde, de l'œdème des poumons, de l'œdème des papilles oculaires. Donc, s'il y a œdème des nerfs optiques, il y a œdème de la pie-mère. D'autre part, il n'y a eu ni vomissements ni diarrhée, la bouche est restée humide, la température à 37° et 37°3.

Puisqu'il est établi que chez cette malade l'éclampsie dépend de l'anasarque qui s'est étendue aux méninges et au cerveau, il faut poser comme indication thérapeutique la déplétion séreuse des méninges et du cerveau. Cette indication est remplie par les *drastiques*, les *émissions sanguines*, la *sudation*.

La sudation a été seule employée chez la malade, qui a été mise pendant trois mois dans un maillot de laine chauffée et imprégnée de vapeurs de benjoin. L'hydrate de chloral, à la dose de 4 grammes par jour, guérit complétement les accidents encéphalopathiques. (*Gaz. des hôp.*, n° du 19 juin 1873.) — H. H.

Observation de paralysie du nerf radial à frigore, par M. le professeur VULPIAN. — A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate que la sensibilité est conservée à peu près intacte dans la peau de l'avant-bras et de la main; qu'il y a une paralysie absolue de tous les muscles animés par le nerf radial, y compris le long supinateur; que la contractilité de ces muscles n'a pas diminué d'une façon appréciable. Mais, dix-huit jours après son entrée, si l'on place un des électrodes (excitateur à bout olivaire recouvert d'un linge mouillé) sur le trajet de ce nerf entre le long supinateur et le brachial antérieur, et l'autre excitateur (cylindre muni d'une éponge) un peu plus haut et plus en arrière vers la partie médio-externe du triceps, on constate que les muscles extenseurs du bras paralysé ne répondent à l'excitation électrique du nerf radial. M. Vulpian, pour expliquer ce fait, émet la supposition d'une action, soit directe, soit par mécanisme réflexe, du froid sur les extrémités périphériques du nerf paralysé.

La paralysie du nerf radial tenait donc dans ce cas à une modification survenue au niveau des points où les fibres nerveuses motrices entrent en connexion intime avec les faisceaux primitifs des muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras, et des premières phalanges des doigts sur le métacarpe. Cette modification serait analogue à celle qui survient chez les animaux curarisés, chez lesquels les expériences de Cl. Bernard ont démontré que les nerfs moteurs ont conservé leur excitabilité, les muscles leur contractilité, et cependant l'électrisation des nerfs moteurs ne produit pas de contraction dans les muscles animés par ces nerfs. Il faudra sans doute à l'avenir rechercher si toutes les paralysies *à frigore* ne présentent pas ces caractères particuliers. Quant à la paralysie faciale *à frigore*, elle est différente, puisqu'elle reconnaît pour cause la compression du nerf facial dans un point de son trajet. (*Soc. de biologie*, 22 mars 1853; Paris, A. Delahaye.) — H. H.

Des Injections hypodermiques dans le Choléra.

Toulouse, le 15 octobre 1873.

Très-honoré confrère,

Dans le billet qui accompagnait ma note sur les *injections hypodermiques dans le choléra*, insérée dans l'UNION MÉDICALE du 9 octobre, j'avais l'honneur de vous informer que cette note avait été rédigée *en octobre* 1865. Le terrible fléau n'ayant fait qu'effleurer notre ville, très-heureusement privilégiée sous ce rapport, la communication qui était destinée à votre excellent journal resta oubliée dans mes cartons.

En vous priant d'insérer encore cette petite lettre, ce n'est pas, croyez-le bien, pour faire une réclamation de priorité, mais pour donner l'explication de certains passages de ma note, qui semblent n'avoir et n'ont, en effet, pour vos lecteurs aucune espèce d'actualité, et qui ont été inspirés par des faits antérieurs.

Veuillez agréer, très-honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr BONNEMAISON,
Professeur adjoint de clinique médicale
à l'École de médecine de Toulouse.

FORMULAIRE

POUDRE ABSORBANTE AROMATIQUE.

Craie préparée	3 grammes.
Cannelle pulvérisée	1 —
Muscade pulvérisée	1 —
Girofle pulvérisé	40 centigrammes.
Cardamome pulvérisé	40 —
Sucre de lait pulvérisé	5 grammes.

Mêlez et divisez en vingt paquets.

Deux par jour, une demi-heure avant les repas, dans la dyspepsie acide et flatulente. — N. G.

COURRIER

Le numéro de ce jour contient un Supplément de huit pages.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du Président de la République française, vu l'avis du Conseil de l'ordre national de la Légion d'honneur, en date du 10 octobre 1873, sur le rapport du grand chancelier, sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : M. Graffan (Alexis-Théophile), ancien chirurgien militaire, ancien capitaine de la garde nationale, ancien médecin; 7 ans de services militaires (1823 à 1830), 40 ans de services civils, 3 campagnes. A fait preuve, comme médecin, d'un grand dévouement pendant la guerre de 1870-1871. — M. Lacan (Jean-Prosper), chirurgien sous-aide en retraite; 30 ans de services (1831 à 1861), 4 propositions. A obtenu une médaille d'honneur pour sa belle conduite pendant les épidémies qui ont sévi en Corse en 1854 et en 1857.

LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE POUR LES SOINS A DONNER AUX BLESSÉS. — La *Nouvelle Presse libre* mentionne la conférence internationale privée, qui vient d'avoir lieu à Vienne (Autriche), et dont le but était des plus utiles et des plus louables. Il s'agissait de s'entendre sur les mesures à prendre en vue d'apporter les secours les plus prompts et les plus efficaces

aux blessés et aux malades, en temps de guerre. A cette réunion, où figuraient des représentants de la plupart des États européens, ont pris part plusieurs de nos compatriotes. Le Corps médical français y était représenté, au civil, par deux de ses membres les plus autorisés, MM. les docteurs Ricord et Demarquay, qui ont poursuivi là l'œuvre humanitaire commencée par eux avec beaucoup de succès pendant la dernière guerre.

Les premières séances n'ont été qu'un échange d'idées entre les assistants. La conférence avait bien un caractère international en ce sens qu'à chacun avait été laissée la liberté d'énoncer ses idées dans sa langue respective. L'allemand, le français, l'anglais, l'italien ont servi tour à tour d'expression à des pensées communes. MM. Demarquay et Ricord ont pris la plus large part à cette discussion préliminaire. Ils y ont exposé notamment de quelle manière devait être entendue la construction des brancards.

La seconde moitié de la conférence a été consacrée aux discussions pratiques.

La *Gazette hebdomadaire de médecine* de Vienne annonce qu'on y a pris des résolutions d'une importance évidente. La question des perfectionnements à apporter à l'éclairage, à la ventilation, en un mot à l'aménagement des wagons de bagages devant servir au transport des blessés; celle de la forme et de la disposition des voitures de transport destinées au même usage; celle enfin de la suspension ou de la fixité des brancards y ont été traitées à fond et parfaitement élucidées. Il paraît que les propositions émises par nos éminents compatriotes et les appareils désignés, sinon perfectionnés par eux, ont obtenu plein succès.

Ces représentants de la science médicale française, qui ont été nommés vice-présidents du Congrès, ont en outre trouvé à Vienne l'accueil le plus empressé et le plus sympathique. La haute société s'est montrée également très-bienveillante à leur égard. Une excursion avait été organisée par M. le professeur Billroth pour donner aux étrangers un spécimen de l'aménagement d'un train sanitaire en Autriche. L'archiduc Wilhelm avait invité également nos compatriotes au dîner de trente couverts qu'il donna dans son palais en l'honneur de la conférence, dîner auquel assistait l'archiduc Reinier.

— Un nouveau monument des temps préhistoriques vient d'être mis au jour dans les environs de Paris. Deux membres du Comité archéologique de Senlis, MM. Millescamps et Hahn, fouillent en ce moment à Luzarches un véritable cimetière dont l'existence avait été révélée il y a une vingtaine d'années. Dans cette sépulture, qui remonte à l'âge de la pierre polie, a été trouvé un certain nombre d'instruments en silex taillés, tels que : un beau grattoir intact, des haches de diverses dimensions, des couteaux, des ciseaux, des pointes de flèches, une quantité de petites lames fines et minces, délicatement travaillées; il y a aussi des perçoirs en os d'animaux différents; enfin, sur les débris d'un squelette de femme, a été recueilli un ornement en pierre polie, percé de deux trous, qui a probablement servi d'amulette ou de pendant de collier. Quelques crânes et certains ossements ont attiré l'attention du docteur Broca, qui se propose d'en faire l'objet d'une communication à la Société d'anthropologie de Paris. Les dimensions et la disposition de la sépulture, le mobilier funéraire qui y a été déposé sont relevés avec soin par MM. Millescamps et Hahn, qui soumettront les résultats de leur découverte à l'examen des hommes compétents. (*Opinion nationale.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira le vendredi 24 octobre 1873. — *Ordre du jour* : 1° État actuel de l'épidémie cholérique; 2° Rapport sur les maladies régnantes des mois de juillet, août et septembre 1873, par M. Ernest Besnier; 3° Discussion du mémoire de M. Dujardin-Beaumetz sur les *injections veineuses* dans le traitement du choléra.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 17 octobre on a constaté 734 décès, savoir :

Variole, 0 décès; — Rougeole, 8; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 34; — érysipèle, 2; — bronchite aiguë, 26; — pneumonie, 31; — dysenterie, 3; — diarrhée cholériforme des enfants, 14; — choléra infantile, 0; — choléra, 55; — angine couenneuse, 6; — croup, 15; — affections puerpérales, 3; — affections aiguës, 210; — affections chroniques, 243 (dont 124 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 58; — causes accidentelles, 23.

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 5 au 11 octobre : 1,247; variole, 0; rougeole, 48; scarlatine, 22; fièvre typhoïde 39; érysipèle, 8; bronchite, 135; pneumonie, 71; dysenterie 2; diarrhée, 43; choléra nostras, 2; diphthérie, 7; croup, 9; coqueluche, 29.

ROME. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 29 septembre au 5 octobre : variole, 2; rougeole, 0; fièvre typhoïde, 10; érysipèle, 1; bronchite, 7; pneumonie, 10; diphthérie, 2; croup, 3.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C°, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le mouvement du choléra, pendant la semaine précédente, s'il n'a pas traduit d'une façon très-accentuée une tendance à l'accroissement, ne laisse pas non plus espérer une cessation prochaine. Les cas, sans être de beaucoup plus fréquents, sont toujours très-graves, et de cette circonstance il faut tenir grand compte pour l'appréciation des phases probables de l'épidémie. On remarquera aussi que le mouvement ascensionnel s'est prononcé surtout à domicile, autre circonstance qui doit être prise en considération. Au Havre, où l'on a prématurément annoncé la fin de l'épidémie, plusieurs cas nouveaux et mortels se sont déclarés; or, dans cette ville, le choléra a débuté vers le 12 août dernier et il y règne encore.

Ici, dans un journal qui s'adresse aux médecins qui ont le plus grand intérêt à connaître la vérité, il faut présenter les choses comme elles sont et non pas comme on pourrait désirer qu'elles fussent. Il ne faut être ni alarmiste ni optimiste. Paris est évidemment encore sous l'influence d'une épidémie cholérique, épidémie jusqu'ici peu grave, si l'on ne considère que le nombre des attaques et des victimes, mais sérieuse eu égard au nombre relatif des décès. Rien ne garantit d'ailleurs que sous quelque influence ignorée l'épidémie ne s'étende et ne se généralise. Les médecins agiront donc sagement de maintenir dans les familles leurs conseils de précaution et de prudence.

Après un holocauste de remèdes secrets et nouveaux exécuté par M. Le Fort, rapporteur de cette commission inexorable, M. Colin a continué et a terminé son beau mémoire sur la septicémie. Nous présenterons prochainement un résumé d'ensemble de ce grand travail, auquel M. Davaine a manifesté le désir de répondre mardi prochain.

Mardi prochain aussi, la discussion sur le choléra sera reprise par un discours de M. le professeur Chauffard.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Des propriétés antipyrétiques et sédatives du chlorhydrate d'ammoniaque. Son usage dans le rhumatisme articulaire aigu, les céphalalgies nerveuses. — Emploi topique d'une solution ammoniacale dans la goutte. — II. Considérations théoriques et thérapeutiques sur le diabète sucré. — De l'administration de la valériane dans le diabète insipide. — III. Action toxique de la digitaline dans les cas de néphrite.

Le docteur Dujardin-Beaumetz, comparant l'action du chlorhydrate de triméthylamine et du chlorhydrate d'ammoniaque, avait établi que ces deux agents abaissent le pouls et la température, et qu'à haute dose le dernier sel pouvait produire des accidents convulsifs qui ne se produisaient jamais avec la triméthylamine. Cette similitude d'action des deux médicaments sur le pouls et la température devait sans doute inspirer l'idée d'employer le chlorhydrate d'ammoniaque dans les rhumatismes articulaires aigus. Or, M. le docteur Martineau a communiqué à la Société de thérapeutique, dans la séance du 28 mai 1873, une série d'observations desquelles il résulte que l'administration du sel ammoniaque, dans le rhumatisme articulaire aigu, a été suivie de nombreux succès, qui ne devraient plus dès lors être mis à l'actif des succès enregistrés au nom des préparations de triméthylamine. Le docteur Martineau administre dans la journée une potion ainsi composée :

Eau de tilleul.	100 grammes.
Eau de menthe.	40 —
Chlorhydrate d'ammoniaque . .	0,50 centigr.
Sirop d'écorces d'oranges. . . .	30 grammes.

Sur neuf rhumatismes soumis à cette nouvelle médication, sept ont guéri, et

dans tous les autres cas connus, après l'administration de la triméthylamine, le pouls et la température ont baissé.

Le docteur Delioux de Savignac trouve la dose de 0,50 cent. de sel ammoniac trop faible. Pour lui, il faut le donner à la dose de 4 à 10 gr. contre le rhumatisme. Il l'a même administré à la dose de 15 gr. contre la céphalée nerveuse, et l'on sait que Barailler, de Toulon (*Du traitement des céphalalgies nerveuses par l'emploi du chlorhydrate d'ammoniaque*, in *Bull. de Thérap.*, p. 305, 1859), a relaté de nombreux cas de guérison de céphalalgies nerveuses par l'emploi de la potion suivante, administrée pendant la période d'acuité de la douleur :

Chlorhydrate d'ammoniaque.	3	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges.	25	—
Eau distillée, infusion de mélisse ou de menthe.	60	—

A boire en trois fois, à une demi-heure d'intervalle.

Il est bien certain que ce médicament est doué de propriétés sédatives et qu'il peut, dans beaucoup de cas, avoir une action manifeste sur l'élément douleur. Aussi, MM. Watson et Ebden, médecins anglais, ont-ils pu, dès 1854 (*The Indian Ann. of med. scienc.*), préconiser ce sel contre certaines affections douloureuses : les névralgies, la céphalalgie, l'odontalgie, le clou hystérique, etc.

D'après M. Delioux de Savignac, l'ammoniaque diminue la douleur et la fièvre dans le rhumatisme : aussi recommande-t-il ses préparations dans la goutte. Pour diminuer les horribles douleurs des accès, il a employé avec succès les applications topiques de solutions ammoniacales ainsi composées :

Ammoniaque liquide	4	grammes.
Eau.	150	—

Imbiber une compresse de cette solution et placer par dessus du taffetas gommé. Cette solution produit une inflammation locale substitutive qui prévient les rétrocessions si redoutables de la goutte.

M. le docteur Lécorché vient de publier, dans la *Gazette hebdomadaire*, les leçons qu'il a faites à l'École de médecine sur le diabète sucré, en remplacement d'un maître vénéré, M. le professeur Axenfeld (*Considérations théoriques et thérapeutiques sur le diabète sucré*, nos 24 et 27, — et *Gaz. méd. de Paris*, no 34 : *Du diabète sucré ou azoturie glycosurique*). La nouvelle théorie soutenue par M. le docteur Lécorché avec beaucoup de talent et un esprit scientifique qui entraîne la conviction, a la plus grande importance au point de vue de cette maladie. Pour lui, la glycosurie, dans le diabète, n'est pas le fait primordial, important de la maladie ; elle n'en est que l'élément secondaire. En effet, les diabétiques ne perdent pas seulement du sucre dans les urines, mais aussi et surtout de grandes quantités d'urée (80, 90 et même 100 gr. et plus par jour). La désassimilation des matières protéiques constitue donc l'essence du diabète, et la thérapeutique doit donc intervenir pour la combattre. Si le fait de cette désassimilation n'a pas encore reçu d'interprétation suffisante, on peut dès lors expliquer l'apparition du sucre dans les urines. L'oxygène, employé en effet pour la combustion des matières protéiques, deviendra insuffisant pour les combustions glycosuriques, et le sucre, quoique formé en quantité normale, apparaîtra dans l'urine. Le diabète sucré est donc « une azoturie glycosurique. » Le diabète caractérisé par la polydipsie, la glycosurie, des pertes considérables d'urée, et par des troubles respiratoires spéciaux, est une maladie consomptive par excellence, et le malade qui en est atteint éprouve tous les symptômes, tous les accidents dus à l'inanition et si bien décrits par Chossat. Si la période d'embonpoint précède presque toujours, chez les diabétiques, la période de maigreur (car, pour M. Lécorché, le diabète gras et le diabète maigre ne constituent qu'une seule et même maladie, observée à deux époques différentes de son évolution), c'est qu'au début tout l'oxygène inspiré est employé à brûler les substances azotées, aussi bien celles qui viennent des aliments que celles qui font partie de

l'individu; tandis que les graisses absorbées, n'étant pas brûlées et ne pouvant être rejetées en nature, s'accumulent dans l'économie; de là l'embonpoint que présente tout d'abord le diabétique. Mais, plus tard, la « dénutrition des substances azotées ayant atteint ses limites extrêmes, la combustion nécessaire à l'entretien de la vie ne se fait plus qu'aux dépens des substances grasses; c'est alors qu'on voit disparaître l'embonpoint et se manifester les symptômes caractéristiques de la période cachectique. »

L'azoturie constitue donc un élément très-important pour le diagnostic, le pronostic et le traitement du diabète sucré; la preuve, c'est qu'une autre variété, caractérisée par la polyurie, la polydipsie, la glycosurie, et par l'absence des pertes considérables d'urée et des troubles respiratoires, a sa place marquée plutôt à côté de la polyurie.

On comprend très-bien, d'après le résumé succinct de cette théorie fort ingénieuse et qui satisfaisait bien mieux notre esprit que toutes celles proposées jusqu'à ce jour, que la thérapeutique du diabète doit être sérieusement modifiée; et, puisque la maladie est principalement caractérisée par un processus dénutritif très-marqué, il faut s'adresser aux médicaments rangés dans la classe des médicaments d'épargne.

Il faudra prescrire un régime qui ait pour but de parer aux pertes en albumine faites par le malade, et conseiller de préférence l'usage des substances azotées (viandes, œufs), des graisses, de l'alcool, sans se priver complétement des féculents. La graisse, employée sous forme d'huile de foie de morue, de beurre, etc., a aussi son importance, puisqu'elle a pour avantage, en se déposant dans les tissus, de pouvoir prévenir ultérieurement la transformation trop précipitée du diabète gras en diabète maigre, et puisqu'elle diminue, par le fait d'une oxydation plus facile que les féculents, la désassimilation protéique, en fixant une partie de l'oxygène.

Parmi les médicaments d'épargne, il faut citer l'alcool, le thé, le café, l'opium, la valériane, l'arsenic et sans doute le bromure de potassium. Il résulte des expériences inédites de l'auteur, faites en 1868, que l'opium fait baisser le chiffre de l'urée; quant à la valériane, que l'on a employée pendant si longtemps empiriquement dans les diabètes, il résulte d'une communication récente de M. le docteur Ch. Bouchard à la Société de biologie (*séance du 21 juin* 1873), que ce médicament n'agit ni sur la glycosurie ni sur la polyurie dans le diabète sucré, mais sur l'azoturie; et, confirmant en cela la théorie de M. Lécorché, il ajoute que *le diabète avec azoturie est ordinairement consomptif*, de sorte que, en administrant la valériane à haute dose, on peut transformer un diabète consomptif en un diabète gras. La valériane est donc un médicament d'épargne, et l'on comprend pourquoi certains Indiens de la Basse-Californie et du Mexique prennent de grandes quantités de valériane, afin de mieux supporter les fatigues et les privations de la guerre. C'est là, comme on le voit, un usage comparable à celui des *arsenicophages* de la Styrie et de la Basse-Autriche.

Ainsi, la médication du diabète par l'emploi des agents d'épargne est nettement définie. Cependant, la médication alcaline ne doit pas être abandonnée, et elle n'agit pas en combattant, comme le croyait M. Mialhe, l'acidité du sang, qui s'opposerait à la combustion du sucre; ni, comme le pensait Pavy, en empêchant le glycogène de se transformer en sucre. Pour M. Lécorché, à petite dose, les alcalins agissent, comme les expériences de Cl. Bernard l'ont démontré, en augmentant la sécrétion du suc gastrique et en facilitant ainsi la digestion.

Le diabète étant une maladie de dénutrition, on devra aussi joindre aux médicaments antidéperditeurs les toniques, les ferrugineux, les préparations de quinquina, le vin de Bordeaux, qui pourra aussi agir, à titre de médicament alcalin, par la grande quantité de tartrate de potasse qu'il renferme.

Nous terminons cette revue thérapeutique par un fait extrêmement important qui intéresse à la fois les savants et les praticiens, et qui a été signalé par M. Ch. Bouchard à la séance de la Société de biologie du 21 juin 1873. Cet observateur distingué a

remarqué que l'administration des substances toxiques, dans la néphrite et surtout dans la maladie de Bright, est promptement suivie de phénomènes d'empoisonnement, par suite de l'imperméabilité des reins et du défaut d'élimination du médicament par les urines. Ainsi, la digitaline et l'opium, administrés à doses thérapeutiques chez les brightiques, a pu donner lieu promptement à des symptômes d'intoxication.

M. Cl. Bernard a fait à ce sujet remarquer que les animaux curarisés meurent beaucoup plus rapidement lorsqu'on leur a lié les artères rénales avant de leur administrer le curare.

En résumé, le fait signalé par M. Bouchard a une grande importance, et le médecin devra être très-prudent, chez les brightiques, dans l'administration des substances toxiques, qui s'éliminent normalement par les reins.

Dr Henri HUCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 octobre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la guerre transmet un exemplaire du XIXe volume du *Recueil des mémoires et observations* sur l'hygiène et la médecine vétérinaire militaires.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîments de M. Van Beneden (de Louvain), récemment élu membre correspondant étranger.

2° Deux plis cachetés déposés, l'un par M. le docteur Pignoni, et l'autre par M. Remy, interne des hôpitaux. (Acceptés.)

3° Une note de M. le docteur Romanowski sur le choléra.

4° Une lettre de M. Achille Brachet sur le même sujet.

—

M. Amédée LATOUR fait la présentation suivante :

« Quelques mois avant sa mort, notre savant et regretté collègue M. Daremberg offrait à l'Académie le premier fascicule d'un ouvrage auquel il s'intéressait beaucoup, et à l'auteur duquel il avait ouvert libéralement sa riche bibliothèque, maintenant la propriété de l'Académie. De cet ouvrage, intitulé : *Bibliographie des sciences médicales*, j'ai l'honneur d'offrir aujourd'hui à la Compagnie le deuxième fascicule au nom de son auteur, M. Alphonse Pauly, de la Bibliothèque nationale, chargé du catalogue des sciences médicales.

Je ne pourrais que reproduire, en les affaiblissant, les éloges donnés avec tant de compétence et d'autorité par M. Daremberg au premier fascicule de cet ouvrage, qui comprend la bibliographie, la biographie et l'histoire générale des sciences médicales. Je voudrais avoir la même compétence et la même autorité pour faire apprécier aux érudits et aux travailleurs ce que renferme d'indications précieuses ce deuxième fascicule consacré à l'histoire des écoles, des corporations et sociétés médicales de France et de l'étranger; l'histoire curieuse et si accidentée des contestations entre les médecins, les chirurgiens et les apothicaires. Puis viennent les documents relatifs à l'histoire des divers éléments de la science : anatomie, physiologie, hygiène, pathologie, thérapeutique, histoire générale et particulière selon le temps et les nations, les détails sur l'histoire des maladies, etc., rangés par ordre alphabétique.

Ce qui distingue cet ouvrage, c'est non-seulement la richesse et l'abondance des indications, mais surtout l'ordre, l'arrangement, la classification des matières; de sorte que la recherche est très-facile, et les travailleurs savent combien est précieuse cette condition, qui fait défaut dans des recueils célèbres, tels que les Bibliothèques de Haller et les Tables de Choulant.

Le troisième fascicule qui doit terminer ce bel ouvrage est sous presse et pourra paraître dans les premiers mois de l'année prochaine. On est heureux d'avoir à signaler la publication d'une œuvre pareille, qui exige de la part de l'auteur tant de zèle, de temps, de labeur et d'intelligence, et, de la part de l'éditeur, un grand courage et un véritable désintéressement. »

—

M. DELPECH présente le tableau de la situation du choléra, du 14 au 20 octobre inclusivement :

	Hôpitaux civils. Entrées.		Décès.	Hôp. mil. Décès.	Domicile Décès.	Totaux des décès.
14 octobre. .	8 (dont	2 intér.)	2	0	4	6
15 —	4	1	2	0	5	7
16 —	6	0	3	0	3	6
17 —	12	0	5	0	11	16
18 —	6	1	6	0	5	11
19 —	7	0	1	0	4	5
20 —	6	0	3	0	3	6
Total. . . .	49	4	22	0	35	57

« Il résulte de ce tableau que l'épidémie cholérique est restée stationnaire depuis la dernière séance. Il y avait eu 56 décès par le choléra dans la semaine précédente ; le chiffre pour la semaine qui vient de s'écouler a été de 57. Ce sont les décès à domicile qui, cette fois, se sont un peu élevés : de 27 à 35. On peut, toutefois, se faire une idée du peu d'importance de ce chiffre si l'on réfléchit qu'il ne représente pas, en moyenne et pour toute la semaine, 2 décès cholériques pour chacun des vingt arrondissements de Paris.

Le nombre des décès a légèrement baissé dans les hôpitaux. Il y en avait eu 24 signalés dans la dernière statistique, il n'y en a cette fois que 22; la différence est presque insignifiante. Mais ce qui est remarquable, c'est que le nombre des cas développés dans les salles a diminué de plus de moitié; de 9 il est tombé à 4. On peut, sans prétendre conclure d'une manière absolue, attribuer provisoirement cette diminution progressive des cas intérieurs à l'isolement, — encore incomplet sans doute, mais aussi exact qu'on a pu l'effectuer, — des malades atteints du choléra, soit qu'ils eussent été amenés du dehors, soit qu'ils eussent été atteints dans les établissements hospitaliers.

Par exception, dans la précédente semaine, les hôpitaux militaires avaient enregistré 5 décès. Ils sont rentrés dans leur immunité de la manière la plus complète, et pendant les sept derniers jours aucun malade n'a succombé au choléra. »

—

M. J. Lefort, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

—

M. Colin continue la lecture de son mémoire.

Sixième question : *Quelles sont les conditions de la virulence des matières putrides et des liquides provenant des animaux septicémiques ?*

L'auteur établit d'abord une distinction entre les qualités du sang putréfié à l'air et celles du sang altéré sur l'animal septicémique.

Ces deux sangs diffèrent par leurs propriété physiques, leurs caractères micrographiques, et par leur mode d'action sur l'organisme.

Le premier a ses globules détruits, est chargé de bactéries de microzoaires de plusieurs sortes, n'agit qu'à dose assez forte et d'une manière incertaine, échoue dans les trois quarts ou les neuf dixièmes des cas; le second ne présente aucun indice de putréfaction, conserve ses globules, est souvent dépourvu de bactéries pendant la vie, agit à coup sûr à dose presque infinitésimale, à la manière des liquides très-virulents.

M. Colin, après avoir constaté ces différences, a cherché expérimentalement à reconnaître à quel moment précis les deux sangs acquièrent des propriétés septiques ou virulentes; il a trouvé que la virulence du sang n'existe pas à compter du moment où l'absorption des matières septiques est effectuée sur l'animal en expérience; elle naît à la suite d'une période d'incubation plus ou moins longue. Conséquemment, elle ne dérive pas, en ligne directe, des éléments introduits, mais des éléments nouveaux engendrés par ceux-ci. Dans tous les cas, elle se manifeste pendant la période de calorification exagérée et coïncide avec l'apparition de nombreux granules blancs; souvent elle s'est montrée avant le développement des bactéries.

Les modifications que le sang éprouve en devenant virulent sont chimiques et micrographiques. L'auteur passe sur les premières, se considérant comme incompétent. La seule modification micrographique consiste dans l'existence d'un plus ou moins grand nombre de fins granules tantôt immobiles, tantôt doués de mouvements propres, ressemblant beaucoup aux granules de la lymphe et des ganglions lymphatiques produits en abondance dans les maladies charbonneuses, comme dans la septicémie.

Du reste, ces granules ne semblent pas à M. Colin être la cause de la virulence, non plus que les vibrioniens, les bactéries linéaires auxquels on attache tant d'importance, car il a constaté souvent que cette propriété apparaît avant eux et subsiste sans eux dans toute sa plé-

nitude. Au moment où la virulence apparaît, le microscope ne montre pas de bâtonnets dans le sang de la circulation générale, et même souvent il n'en fait pas découvrir avant la mort. Les bactéries manquent dans les produits volatils de la septicémie, qui paraissent jouir aussi d'un certain degré de virulence. Enfin le sang charbonneux, sur l'animal vivant, devient contagieux comme celui des animaux septicémiques avant l'apparition des êtres microscopiques.

Quelle qu'en soit la cause, cette virulence du sang peut être altérée ou détruite par la putréfaction, l'action de la chaleur, de divers agents chimiques, de la dessiccation, etc.

En somme, le sang et divers liquides acquièrent la virulence à une certaine période de la septicémie; ils l'acquièrent avant l'apparition des bactéries linéaires et des bactéries en chapelet, mais au moment où des granules de nature indéterminée s'y développent en grand nombre. Cette virulence, qui persiste longtemps sur le cadavre, s'affaiblit et s'éteint par la putréfaction, paraît résulter d'une altération spécifique distincte de la putridité. Il n'est pas impossible qu'elle tienne à une modification des principes normaux, ou à la production d'un principe nouveau particulier.

Septième question : *En quoi consiste essentiellement la septicémie?*

L'auteur fait d'abord observer que, si rapide que soit l'action de la matière putride ou septicémique, elle se traduit déjà par un commencement d'altération du sang : la diminution de la coagulabilité du liquide et la tendance à la dissolution de ses globules. Lorsque la matière putride agit avec lenteur, la coagulabilité du sang s'affaiblit considérablement, les globules laissent échapper leur contenu et tendent à se détruire; il apparaît une certaine quantité de petits granules mouvants et de vibrioniens; ces trois modifications paraissent n'être que de simples résultats.

On a dit que le travail d'altération du sang était d'abord un travail *local;* qu'au point d'inoculation, les éléments virulents déposés se reproduisent, se multiplient, et, de ce petit foyer, se répandent dans tout le reste de l'organisme. M. Colin a constaté dans des expériences sur l'inoculation du charbon, que ce travail *local* n'a pas d'importance, puisqu'on peut le supprimer sans enrayer en rien l'évolution de la maladie. Sur des lapins à longues oreilles, il insère à l'aide d'une lancette une gouttelette de sang charbonneux près de la pointe de la conque; il attend un instant pour que l'absorption d'une partie du liquide ait commencé, puis il coupe l'oreille en travers, d'un seul coup de ciseaux, à une certaine distance des piqûres. Cette section a été faite sur 21 lapins. Le premier, qui a eu l'oreille coupée une heure et demie après l'inoculation, a succombé au charbon dans les vingt-quatre heures; le second, opéré au bout d'une heure, a péri dans le même délai; le troisième, amputé cinq minutes après l'inoculation, a également succombé dans les vingt-quatre heures; un quatrième, amputé après quatre minutes, est mort en trente heures; l'amputation, faite trois minutes ou deux minutes après l'inoculation, a seule sauvé la totalité des sujets, sauf un.

Il en est de même, et le phénomène est plus frappant encore dans les cas d'inoculation septicémique, car dès qu'une proportion infinitésimale de principes virulents est absorbée, l'amputation de l'oreille ne peut plus empêcher l'évolution de la maladie. Une série d'expériences sur le lapin a mis ce fait hors de toute contestation. L'amputation de l'oreille, une minute après l'inoculation, n'a pas empêché le développement de la maladie et la mort. Mais une minute a été le minimum de temps nécessaire à la capture de la matière virulente. Un lapin, dont l'oreille a été enlevée trente secondes après l'insertion du sang septicémique, n'est pas mort.

Dans la septicémie, l'altération du sang est donc la lésion primitive; elle succède à l'introduction dans ce liquide, par la voie de l'absorption, des éléments étrangers pris immédiatement, tels quels, à l'endroit où la lancette les a déposés. Dès qu'elle est réalisée, la septicémie est complète. Les lésions viscérales : injection des muqueuses, hémorrhagies intestinales, transsudations sanguines dans les séreuses, ne sont que des conséquences de l'altération du sang, lesquelles peuvent même faire défaut si l'altération n'est pas très-profonde, ou si la mort survient après un trop bref délai.

Enfin de l'altération du sang résultent, en même temps, divers troubles fonctionnels, savoir : l'adynamie, la sédation, le refroidissement, etc.

De tout ce qui précède il n'est pas possible, suivant M. Colin, de déduire la nature de l'altération qui constitue essentiellement la septicémie. Nous ne connaissons pas plus, au fond, la septicémie que le choléra, la peste, même la fièvre typhoïde ou la plus simple maladie putride. Les quelques modifications éprouvées par les globules ne sont probablement pas l'altération même, elles en sont plutôt simplement les effets, les signes.

Nous ne pouvons pas davantage, en présence des résultats de l'expérimentation, assimiler cette septicémie aux maladies charbonneuses, car nous avons vu le sang charbonneux devenu putride cesser de produire le charbon et donner la septicémie. D'ailleurs, le charbon naît par inoculation sur la chèvre, le mouton, le cheval, alors que la septicémie ne peut se déve-

lopper sur les mêmes animaux et par le même moyen. Le charbon engendre déjà pendant la vie des bactéries nombreuses, longues, articulées, tandis que la septicémie n'en produit pas de semblables ou n'en produit pas du tout.

Huitième question : *Quels sont les symptômes et les lésions de cet état morbide?*

L'auteur décrit avec soin les symptômes et les lésions qu'il a observés chez les animaux sur lesquels il a développé la septicémie expérimentale.

Il résume son travail de la manière suivante :

« En somme, quoique la septicémie paraisse constituer un état morbide défini, elle se montre sous un aspect variable, tantôt peu accentuée, tuant lentement, épargnant quelques animaux ; tantôt violente, rapide, emportant tous les malades avec de nombreuses lésions viscérales. Conséquemment, elle se comporte comme la plupart des maladies contagieuses, qui sont, dans certains cas, bénignes, peu transmissibles, et, dans d'autres, malignes, de courte durée, et d'une extrême virulence. Elle doit, je pense, prendre place, dans les cadres de nosologie comparée, parmi les espèces déjà connues sans les absorber. Telle que l'expérimentation la développe, elle ne paraît pouvoir être assimilée ni à l'infection purulente, ni à la fièvre typhoïde, ni aux maladies charbonneuses, tous états qui, avec des éléments communs, n'en constituent pas moins des espèces morbides distinctes.

« Je termine ce trop long travail en exprimant le regret de voir que les efforts de l'école expérimentale demeurent un peu trop isolés. Elle aurait besoin d'être secondée pour arriver à des résultats réellement satisfaisants. Mais lorsque l'expérimentateur s'engage dans une voie, le clinicien s'en éloigne, le chimiste, le micrographe ne daignent pas s'en rapprocher, et dès lors le but à atteindre est manqué. »

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 octobre 1873. — Présidence de M. Lailler, vice-président

SOMMAIRE. — Quatrième note sur l'*état actuel de l'épidémie cholérique* dans les hôpitaux civils et militaires, par M. Ernest Besnier. — Discussion sur l'*isolement et la création d'hôpitaux spéciaux de cholériques* : MM. Ferrand, Brouardel, Moissenet, Martineau, Chauffard, Bergeron, Isambert, Colin, Champouillon, Bucquoy. — Votes.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Ernest Besnier donne lecture d'une quatrième note sur l'état actuel de l'épidémie cholérique dans les hôpitaux civils et militaires. (Voir l'Union Médicale des 7 et 9 octobre.)

Discussion. — *De l'isolement et des hopitaux spéciaux de cholériques.*

M. Ferrand : Je ne puis me rallier à l'opinion de mes collègues, qui proposent de créer un hôpital spécial de cholériques. Cet hôpital serait dangereux pour les malades et pour les voisins. Je ne nie pas la contagion, et, sans aller chercher des exemples à l'étranger, je trouve en France des faits incontestables de contagion publiés, en particulier, à l'occasion de nourrices qui étaient venues chercher des nourrissons à Paris, et qui ont reporté le choléra dans leur pays.

Mais si, sur ce point, nous sommes d'accord, nous devons faire beaucoup de réserves sur les mesures que l'on propose d'opposer à la propagation du choléra.

Je dis d'abord que la réunion des malades est un danger pour eux. Quand on multiplie le nombre des malades atteints de maladie contagieuse, on multiplie la puissance morbifique de la maladie. M. Oyon a publié à ce point de vue un travail intéressant sur la rougeole étudiée à l'hôpital des Enfants-Assistés, et il a prouvé que, pour une part, la gravité de la rougeole ne tient qu'à la multiplicité des cas réunis.

De plus, ce foyer prendrait une puissance de transmission qui n'existe pas actuellement, et serait un danger pour les voisins. Je proteste, pour ma part, contre le choix de l'hospice des Incurables comme hôpital spécial de cholériques. On me dit que le choléra est une épidémie de maison. Mais que sait-on de la valeur de cet argument? Est-on sûr que jamais l'extension ne survienne au delà de ces barrières imaginaires? Pour ma part, je connais des faits, exceptionnels, je le veux bien, mais dans lesquels la rue ou des jardins ont été franchis.

De plus, l'hôpital de la rue de Sèvres n'est pas isolé ; il est entouré de groupes de maisons très-peuplées ; il confine à un établissement qui compte quatre ou cinq cents personnes.

Qu'on y mette des convalescents, je le comprends, mais qu'on n'y réunisse pas des malades capables de ruminer en quelque sorte le miasme cholérique, et d'ajouter à sa puissance de transmission.

Si l'on veut réunir les cholériques, je me joins à l'opinion exprimée par M. Moissenet : qu'on les mette dans des hôpitaux excentriques, dans les postes-casernes.

Je ne fais que rappeler d'ailleurs l'impossibilité de diriger tous les malades vers un seul établissement. Comment faire parcourir à des malades algides des distances aussi grandes?

Je me résume donc en demandant que, si les cholériques doivent avoir des établissements spéciaux, ceux-ci soient groupés dans divers hôpitaux, et non rue de Sèvres.

M. Brouardel : M. Ferrand a commis une confusion en nous prêtant la proposition, à M. Fournier et à moi, de réunir tous les cholériques dans un seul hôpital. Jamais nous n'avons eu cette pensée. Nous pensons que l'isolement ne sera sérieusement expérimenté que lorsque les malades seront réunis dans des bâtiments spéciaux et auront un service de santé spécial. Nous pensons que des salles dites spéciales, en communication par les escaliers et les couloirs avec des salles de malades ordinaires, avec un personnel commun, ne répondent pas au but que nous nous proposons. Puisque M. Ferrand désire aussi l'isolement des cholériques, je crois que nous sommes près de nous entendre.

M. Ferrand fait à la réunion des cholériques deux objections. Ce groupement serait dangereux pour les malades et pour leurs voisins. Sur le premier point, l'exemple de la mortalité qui pèse sur les enfants atteints de rougeole à l'hôpital des Enfants-Assistés ne porte pas; ces malades ne meurent pas parce qu'ils sont réunis quand ils ont la rougeole, mais parce qu'ils sont dans des conditions spéciales de santé qui font que tout malade, rapproché ou non d'un malade semblable, est gravement atteint et meurt avec des ulcérations de la bouche, du pharynx, du larynx, des mortifications superficielles des muqueuses et de la diphthérite. D'ailleurs, si M. Ferrand avait récemment visité les Enfants assistés, il verrait que l'encombrement des rougeoles dans les salles qui leur sont affectées n'existe pas, et que lors de leur entrée dans ces salles ces malades ont déjà, dès le début de leur maladie, des accidents graves, dont la mort est la conséquence presque nécessaire. Je regrette que M. Ferrand n'ait pas pris pour exemple ce qui s'est passé pour l'hôpital de la rue de Sèvres, lorsque celui-ci a été consacré pour une part aux varioleux.

L'accumulation n'a eu aucune mauvaise influence sur les malades eux-mêmes, car la mortalité n'a pas dépassé celle de la variole dans tous les temps et tous les lieux. Les observations de M. Colin, à Bicêtre, sont concordantes avec les nôtres. Les éléments de cette question ont été exposés au sein de la Société. De plus, ce foyer de varioleux, bien que représentant la réunion des malades affectés de la maladie réputée la plus contagieuse, n'a pas eu de mauvaise influence sur le voisinage. Dans un rapport au Conseil de salubrité, M. Delpech avait tiré de la plus grande fréquence des varioles du côté de la rue de Sèvres et du Cherche-Midi cette conclusion, que le vent de nord-est ayant soufflé le plus de temps avait porté la contagion vers le côté opposé. J'ai déjà fait remarquer que si ces quartiers populeux ont été plus atteints, c'est parce qu'ils ne ressemblent pas à ceux qui entourent l'hôpital du côté opposé. Ici ce sont des maisons pressées, là ce sont des hôtels, de grands jardins et de grands magasins que n'habitent pas les employés, où par conséquent ils ne restent pas quand ils sont malades. J'ajoute qu'au point de vue de la mortalité par variole, ces quartiers ont été beaucoup moins atteints que d'autres où n'existaient pas d'hôpitaux; qu'ils n'arrivent qu'en dixième ou onzième rang. Enfin, quoi qu'en dise M. Ferrand, l'hôpital de la rue de Sèvres est un de ceux qui se trouvent entourés des plus grands jardins.

Je n'en conclus pas qu'on y doive mettre tous les cholériques, mais qu'on peut y créer, si les besoins du quartier l'exigent, un hôpital dont l'isolement serait réel.

M. Moissenet : Je réponds d'abord à M. Ferrand que l'Administration n'a nullement l'intention de mettre des cholériques rue de Sèvres. Voici quel est l'état de la question. La conclusion votée à la dernière séance de la Société, a été lue hier au Conseil des hôpitaux, qui a nommé une commission. Celle-ci, après avoir visité l'Hôtel-Dieu neuf, a reconnu qu'on n'y pouvait mettre les cholériques sans grandes dépenses et grandes difficultés. Elle a pensé qu'il serait plus facile de consacrer à cet objet l'ancien corps d'administration des hôpitaux. Celui-ci ne communique avec l'Hôtel-Dieu que par un souterrain. Dans le cas où l'extension de l'épidémie rendrait cette décision nécessaire, les malades ordinaires seraient transportés rue de Sèvres. Il en serait de même si on évacuait des pavillons de Beaujon et de Lariboisière pour les réserver exclusivement à des cholériques.

L'Administration répugne à prendre une décision qui entraînerait de grandes agglomérations de malades cholériques capables de donner au fléau une plus grande extension. Il est d'ailleurs, aujourd'hui, difficile de pousser l'Administration à prendre des mesures coûteuses, alors que l'épidémie est en voie de décroissance.

La question des postes-casernes comme hôpitaux spéciaux a été soulevée, mais non résolue.

M. Ferrand : Je remercie M. Moissenet de l'assurance qu'il me donne que l'hôpital de la

rue de Sèvres ne sera pas consacré aux cholériques. J'ai deux réponses à opposer à M. Brouardel : La première est que je ne peux pas comparer la variole et le choléra. Pour l'un, nous avons la revaccination ; pour l'autre, nous n'avons rien de semblable, et nous ne savons pas dans quelle proportion les voisins de l'hôpital de la rue de Sèvres ont été vaccinés et revaccinés. — La seconde est que, relativement à l'influence de l'agglomération des individus atteints de rougeole sur la mortalité, M. Oyon n'a pas pris le chiffre brut de la mortalité, mais a comparé un groupe d'enfants pris à Sainte-Eugénie à un autre groupe pris aux Enfants-Assistés, dans des conditions sociales semblables, et c'est dans cette comparaison qu'il a trouvé pour l'hôpital des Enfants-Assistés une mortalité beaucoup plus grande.

M. Martineau : Lorsque dans la première séance consacrée à cette discussion, M. Fournier a proposé l'isolement des cholériques, il a rappelé ce qui avait arrêté les épidémies en pays étrangers. Il faut enlever de la ville tout cholérique. Si la Société admet la contagion, il faut pousser la logique à l'extrême, et ne plus admettre qu'au centre de la ville il y ait des hôpitaux où l'on recevra des cholériques. Il faut créer des hôpitaux, élever des baraques extra-muros. Je ne puis donc accepter l'opinion de M. Moissenet sur la création d'un vaste foyer dans les anciens bâtiments de l'Administration. Je ne conçois pas non plus que dans une question semblable on invoque des objections tirées de la dépense ou de la difficulté des moyens d'exécution. Je voterai contre toute création d'hôpital de cholériques au centre de Paris.

M. Moissenet : Je réponds à M. Martineau que je n'ai pas fait de proposition, j'ai simplement dit que le conseil considérait comme possible l'isolement des cholériques, et j'entends un isolement rigoureux, dans les différents hôpitaux. Je considère comme peu pratiques les objections de M. Martineau.

M. Chauffard : J'appuye les considérations développées par M. Moissenet. L'isolement absolu est un rêve irréalisable.

M. Bergeron : Je n'accepte pas le reproche, adressé par M. Martineau aux contagionnistes, de manquer de logique. Je suis contagionniste ; mais si l'on veut pousser des déductions à l'extrême, on arrive à l'impossible. Créer des hôpitaux où les cholériques seraient enveloppés d'enceintes aussi multiples que celles des palais des empereurs de la Chine est irréalisable.

M. Isambert : Ce serait une illusion que de se fier à l'apparente décroissance actuelle de l'épidémie cholérique. Il ne faut pas fermer volontairement les yeux. Il faut donc prendre des précautions contre les dangers que crée la présence des cholériques. Personne n'a pensé à expulser les malades atteints à l'intérieur de l'hôpital, mais c'est tout autre chose de chercher à limiter l'affluence des cas extérieurs. Ceux-ci sont un danger pour les malades et les visiteurs. Et pour l'éviter il faut créer des hôpitaux spéciaux. Ainsi, je considère comme un isolement insuffisant le placement des cholériques dans les anciens bâtiments de l'Administration. Celui-ci communique avec le reste de l'Hôtel-Dieu par un souterrain, par lequel se feront les services ordinaires.

Pourquoi ne pas dresser des tentes ou des baraques dans les terrains vagues où on avait autrefois dressé des ambulances pendant le siége : aux Batignolles, au Luxembourg, etc. ? Je trouve donc justes, en partie, les propositions de M. Martineau.

M. Colin : Au milieu de ces divergences d'opinions, il est un point sur lequel les membres de la Société se rencontrent volontiers. Il semble que les postes-casernes soient bien placés pour réduire les chances de contagion à leur minimum. Ils sont dans la zone de servitude des fortifications, et par conséquent éloignés de tout contact avec la population, bien placés pour servir des quartiers en général pauvres ; ils valent mieux, d'ailleurs, que des tentes ou des baraques, parce que pour les cholériques il faut une certaine température, des conditions météorologiques peu variables, plus faciles à réaliser dans des bâtiments cloisonnés que dans des tentes ou des baraques.

M. Brouardel : Il est, en effet, plusieurs points sur lesquels la Société me semble d'accord, c'est la nécessité de faire un isolement sérieux des cholériques et l'excellence du choix des postes-casernes ; je soumets donc à la Société les propositions suivantes :

1° La Société des médecins des hôpitaux considère comme conditions indispensables à l'isolement des cholériques, la spécialité des bâtiments et la spécialité du personnel consacrés aux malades, et en outre l'ouverture de salles spéciales (salles d'attente), pour les malades suspects.

2° Dans le cas où l'épidémie prendrait une grande extension, la Société demanderait que des bâtiments spéciaux nouveaux (postes-casernes ou baraques) fussent établis en rapport avec les nécessités de chaque quartier.

M. Champouillon : J'entends proposer la séquestration des cholériques, c'est un bon moyen déjà employé en 1849 et 1854 dans les hôpitaux militaires. Dans chaque hôpital, on

avait ouvert une, deux, trois, quatre salles de cholériques, suivant les nécessités. Mais, bien que le même système fût suivi au Val-de-Grâce et au Gros-Caillou, les résultats furent très-différents. Au Val-de-Grâce, peu de malades furent mis dans les mêmes salles; au Gros-Caillou, l'encombrement fut plus considérable et la mortalité fut beaucoup plus grande. Au Val-de-Grâce, un nombreux personnel d'élèves permettait d'ailleurs de donner immédiatement les soins nécessaires.

J'admets comme dangereux pour le voisinage la concentration dans un même établissement d'un grand nombre de malades atteints de choléra ou de typhus. Chaque malade devient un foyer. J'ai vu pour ma part, à Varna et à la Corne-d'Or, pendant la guerre de Crimée, l'agglomération des cholériques augmenter la mortalité des personnes qui demeuraient autour du foyer, et leur dissémination amena un abaissement très-considérable. Je ne partage pas l'opinion de mon collègue, M. Colin, sur les inconvénients des tentes. Il n'y a pas lieu de redouter le refroidissement, car en hiver les tentes sont très-chaudes, et, en été, la chaleur devient même intolérable.

M. Bergeron : L'ordre du jour proposé par M. Brouardel a déjà été voté dans la dernière séance, et même sous une forme plus énergique.

M. Brouardel : Dans la dernière séance, on a voté la nécessité de l'isolement et on a indiqué que la spécialité des bâtiments était indispensable, mais on n'a pas parlé du personnel hospitalier. Je propose qu'il soit spécial aux services de cholériques. Quant à la forme, je retire la formule que je proposais, et nous ne changerons rien au texte voté dans la dernière séance. Nous ajouterons seulement, si la Société l'accepte, la demande de la spécialité du personnel.

M. Moissenet : Je ne considère pas comme pratique la proposition d'empêcher toute communication pour le personnel avec les malades atteints d'affections communes.

M. Martineau : Ma proposition a été mal comprise. Je ne propose pas d'expulser les malades atteints de choléra à l'intérieur de l'hôpital; il est des nécessités qu'il faut savoir subir; mais je demande que, à l'exemple de Copenhague et d'autres villes, les cas extérieurs soient transportés en dehors de la ville. La pratique de cette ordonnance ne sera pas si difficile qu'on le suppose : il suffira de donner des ordres en ce sens aux commissaires de police, et, au lieu de faire porter les cholériques à Beaujon ou à Lariboisière, ils les enverront dans les nouveaux bâtiments qui leur seront consacrés.

M. Brouardel : Je suis heureux d'avoir soulevé la question du personnel. Je suis convaincu que, si nous voulons obtenir un isolement réel, il faut que les cholériques aient, attaché à leur service, un personnel médical et hospitalier qui leur soit particulier. L'histoire des épidémies de choléra est remplie d'exemples dans lesquels ce sont les étoffes, les ballots qui ont importé la maladie. Un service médical avec les allées et venues continuelles des élèves et du personnel servira de moyens de transport à l'élément contagieux. C'est par des moyens analogues qu'ont eu lieu les faits de contagion cités par MM. Pellarin et Bucquoy, et considérés comme probants; je mentionne surtout l'exemple des nourrices.

M. Bergeron : Cette demande est beaucoup trop absolue; en poussant les choses à l'extrême, il faudrait que le médecin qui soigne un malade atteint d'une affection contagieuse fût séquestré de sa clientèle. Un médecin ne pourrait plus soigner que des scarlatines, un autre que des diphthérites, etc.; qu'on n'exige pas pour le médecin des choses impossibles. J'accepte la nécessité du service spécial pour les sœurs et les infirmiers, parce que ceux-ci sont toute la journée imprégnés des émanations cholériques et, par suite, beaucoup plus exposés à transporter la contagion.

M. Martineau : Je partage l'opinion de M. Brouardel : les médecins, les élèves qui font des recherches microscopiques ou expérimentales ne sont pas moins imprégnés que les infirmiers des émanations cholériques. Si la spécialisation du service est nécessaire pour les uns, elle ne l'est pas moins pour les autres.

M. Bucquoy : La question est beaucoup plus simple : il suffit que le médecin termine son service par la visite des cholériques et par les autopsies.

M. Chauffard : Je me joins à MM. Bergeron et Bucquoy pour repousser la proposition relative à la spécialisation du médecin. Je ne connais pas un seul fait qui prouve que le médecin a transporté le choléra. Il m'est arrivé, pendant l'épidémie de 1865, faisant la contre-visite du soir dans le service des cholériques de l'hôpital des Enfants, de recevoir sur mon paletot les vomissements d'un enfant. Je m'essuyai avec soin, je ne brûlai pas mon paletot; je rentrai chez moi, et aucun accident ne s'est développé dans ma famille.

Ne poussons rien à l'extrême, n'émettons pas ici de propositions qui puissent effaroucher l'Administration et le public.

D'ailleurs, les conditions de contagion ne peuvent se déduire de la comparaison des autres

maladies épidémiques. Le typhus a ses conditions propres; il en est de même de la scarlatine, du choléra, etc.

La Société décide que l'on passe au vote. Elle vote à l'unanimité qu'il sera ajouté à l'ordre du jour de M. Bergeron, voté dans la dernière séance: « et émet en outre le vœu que le personnel hospitalier (sœurs et infirmiers) soit spécial pour les salles réservées aux cholériques. »

L'ordre du jour voté dans les deux séances est donc ainsi conçu :

La Société médicale des hôpitaux considère comme illusoire l'isolement pratiqué dans les bâtiments consacrés au traitement des maladies communes; en conséquence, elle émet le vœu que, dans tous les hôpitaux où l'on ne pourra disposer de pavillons isolés, on installe des baraques ou des tentes exclusivement consacrées, les unes aux cas de choléra douteux, les autres aux cas de choléra confirmé; elle émet en outre le vœu que le personnel hospitalier (sœurs et infirmiers) soit spécial pour les salles réservées aux cholériques.

La Société vote ensuite à l'unanimité la seconde partie de l'ordre du jour présenté par M. Brouardel, ainsi conçue :

Dans le cas où l'épidémie prendrait une plus grande extension, la Société demande que des bâtiments spéciaux nouveaux (postes-casernes ou baraques) soient établis, en rapport avec les nécessités de chaque quartier.

Le secrétaire, Dr BROUARDEL.

FORMULAIRE

SOLUTION CAUSTIQUE CONTRE LES SCROFULIDES. — HARDY.

Iodure de potassium	8 grammes.
Iode pur.	3 ou 4 grammes.
Eau distillée.	30 grammes.

Faites dissoudre. — On fait, avec cette solution, une cautérisation légère des plaies scrofuleuses, pour en faciliter la cicatrisation. On conseille, en outre, les préparations amères et scorbutiques à l'intérieur, et un régime tonique, dans lequel les viandes rôties doivent entrer pour une large part. Bains sulfureux et bains de mer. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 23 OCTOBRE 1777.

On commence à vendre, à Paris, les livres qui avaient composé la bibliothèque de L.-Cl. Bourdelin, docteur régent, premier médecin de Madame et de Mesdames de France. — A. Ch.

COURRIER

Le Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE reprendra ses séances demain vendredi, à 8 heures du soir.

— Les inscriptions pour l'année scolaire 1873-1874 seront délivrées à l'École supérieure de pharmacie de Paris, du 20 octobre au 15 novembre.

— Le directeur de l'observatoire du Vésuve, M. le professeur Palmieri, a reçu mission de l'impératrice de Russie de construire, pour l'usage de cette princesse, un thermomètre métallique, qui donne un signal quand survient un changement de température un peu considérable. L'appareil a été fait d'après ces données; il est fini, et on peut le voir en ce moment exposé dans une des salles de l'Académie des siences, à Naples. L'appareil est si sensible, que l'indicateur est dans un état de mouvement perpétuel.

Dès que le changement de température atteint un certain degré, les clochettes servant de signaux se mettent à sonner, et l'on est averti, de cette manière, de l'échauffement ou du refroidissement de la température.

Grâce à une disposition particulière, on peut également connaître les degrés les plus élevés et les plus bas de la température qui a régné pendant une certaine période, et cela en dehors de la destination spéciale du thermomètre, qui est d'indiquer quand certaines limites de température sont dépassées.

Cet appareil est destiné à être suspendu dans la berline de voyage de l'impératrice, où l'on pourra obtenir ainsi une température toujours égale.

LE CHOLÉRA DANS L'INDE. — Après une période d'immunité relative pendant les années

1870-71, l'Inde septentrionale a été de nouveau atteinte par le fléau du choléra, qui ne lui est que trop habituel. Les morts enregistrées, comme causées par cette maladie en 1872, s'élèvent à 165,458, dont 50,565 dans les provinces du nord-ouest ; 46,901 dans le Bengale ; 15,642 dans la présidence de Bombay, et 13,247 dans la présidence de Madras. Dans l'armée européenne, sur un total de 77,235 personnes, y compris les femmes et les enfants, 888 cas ont éclaté, dont 615 ont été mortels. Dans les troupes indigènes, la proportion des morts a été de 4,9 p. 1,000, tandis que, parmi les prisonniers, exposés à beaucoup de privations, à Béhar, elle n'a été que de 3,9 p. 1,000. Il est à remarquer que la mortalité, dans les troupes anglaises, a sévi le plus fortement au Bengale, où, dans le cours de deux mois, sur 817 cas, il y a eu 559 décès. Cette année, pour la première fois, au moins avec une certaine intensité, le fléau s'est montré dans les districts montagneux.

Le caractère le plus remarquable de cette maladie, c'est sa localisation dans certains endroits. A Agra, en 1872, toute l'artillerie a échappé, quoiqu'elle fût placée entre le 65e régiment d'un côté et un bazar de l'autre, où le choléra sévissait en même temps. Dans presque tous les cas, on s'est trouvé bien de s'éloigner des lieux infectés par le choléra, pourvu qu'on s'en écartât à une distance assez considérable. Rester à proximité n'a été, en règle générale, d'aucune utilité, comme à Peschawer, où la retraite ne s'étendait pas au delà de la vallée.

— On lit dans le *Journal de Saint-Pétersbourg* :

« Aujourd'hui 15 octobre a eu lieu l'ouverture des cours pour les femmes à l'Académie de médecine et de chirurgie, institués, comme on sait, à titre d'expérience l'automne de l'année dernière.

« Les informations publiées par le *Messager de la Médecine* montrent qu'à l'ouverture des cours il y avait eu 130 aspirantes, dont 80 avaient subi les examens prescrits et avaient été admises aux cours, qui s'étaient ouverts en novembre. Pendant l'année, deux élèves ont quitté les cours pour cause de maladie, deux autres ont été rayées des listes pour n'avoir point payé leur inscription. Une élève est morte ; 61 jeunes femmes ont subi avec succès les examens qui ont eu lieu au printemps passé et ont pu passer dans la classe suivante, 3 ont dû rester dans la même classe ; 11 ont remis leurs examens jusques après les vacances, et les résultats de ces examens ne sont pas encore publiés. »

ÉDUCATION SUPÉRIEURE POUR LES FEMMES EN ANGLETERRE. — L'Association d'éducation pour les dames va ouvrir, à la fin de ce mois, sa sixième session au collége de l'Université de Londres. L'Association du nord de l'Angleterre pour l'éducation supérieure des femmes donna l'exemple de ce genre d'institution, exemple qui fut d'abord suivi à Édimbourg par l'établissement d'une Association qui obtint des professeurs même de l'Université des cours de littérature et de sciences. Quelques semaines plus tard se forma à Londres une Association semblable qui commença à fonctionner, en février 1869, par des conférences sur la littérature anglaise et la physique expérimentale. Ces cours étaient faits par des professeurs du collége de l'Université, mais hors des murs de cet établissement.

Dans la seconde session d'octobre 1869 à avril 1870, l'Association doubla le nombre des conférences dans chaque cours et augmenta le nombre des sujets d'étude de deux à six. Une classe de chimie pratique fut ouverte, et on forma des cours, de vingt-quatre séances chacun, de géométrie, de littérature latine, anglaise et française, et de physique expérimentale; chaque cours était confié à un professeur de l'Université.

Depuis on a fait les cours dans l'enceinte même et dans une des salles de ce collége. On a augmenté encore le nombre des sujets d'étude et on a ouvert des cours du soir à l'usage spécial des dames vouées à l'éducation, moyennant une rétribution réduite de moitié.

Le rapide développement de l'École des beaux-arts empêcha, à la session suivante, de la placer dans le collége même ; cela n'a pu avoir lieu que plus tard. Aujourd'hui les dames qui en font partie sont inscrites régulièrement à titre d'élèves.

Dans la session qui est sur le point de s'ouvrir, dix-sept classes et treize sujets d'étude sont ouverts aux dames, sans compter l'École des beaux-arts. (*Times.*)

— Nous avons parlé plusieurs fois du procès intenté à l'Université d'Édimbourg par des étudiants du sexe féminin, qui insistaient pour suivre les cours de la Faculté de médecine, pouvoir passer les examens et recevoir les diplômes. Le procès vient d'être jugé en faveur de l'Université et les femmes condamnées aux frais du procès, ce qui n'est pas une bagatelle. En effet, les frais s'élèvent à 851 livres sterling, 10 shillings 3 deniers. Comme les demanderesses payeraient difficilement tant d'argent, un libérateur bien connu, M. Kingsley, et lady Anna Gore Laughton, ont pris leurs intérêts en main et fait appel à la générosité publique pour le versement de la somme.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

PATHOLOGIE

DE LA DIARRHÉE DITE PRÉMONITOIRE DU CHOLÉRA ;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 10 octobre 1873,

Par le docteur DAMASCHINO,
Agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux.

Les assertions contradictoires émises sur le degré de fréquence et sur la valeur symptomatique de la *diarrhée* dite *prémonitoire du choléra* m'ont engagé à mettre sous les yeux de la Société les résultats des observations que j'ai recueillies dans le cours des deux dernières épidémies. Ces observations se composent de deux séries : l'une, de 101 cas observés plus particulièrement à l'hôpital Lariboisière en 1866, dans le service de mon excellent maître M. le professeur Tardieu, dont j'étais alors l'interne; l'autre, de 12 malades atteints par l'épidémie actuelle et reçus pendant le mois de septembre dans mon service de cholériques à l'Hôtel-Dieu.

Il n'est pas toujours aisé d'obtenir des renseignements satisfaisants sur les caractères, la durée, et même sur l'existence de la diarrhée initiale du choléra. Indépendamment de l'insouciance absolue de certains malades pour tout ce qui regarde leur santé, des réponses souvent contraires et des malentendus trop fréquents résultant d'un interrogatoire difficile, il faut bien reconnaître que plusieurs obstacles s'opposent à la précision des résultats obtenus, et que l'un des plus grands réside dans l'abattement et la prostration profonde des malades cholériques. Indifférents à tout ce qui les entoure, absorbés par leurs souffrances d'ordinaire si vives, ils répondent mal et comme à regret aux questions qu'on leur adresse; et quand la période typhoïde est survenue, ces réponses, même incomplètes, font le plus souvent défaut.

D'autre part, nombre des sujets reçus dans nos salles sont atteints, depuis un temps plus ou moins long, de diarrhée imputable à de mauvaises conditions hygiéniques, à des excès de régime, ou bien (et plus souvent encore) à une affection première dans laquelle le flux intestinal existe déjà soit comme symptôme essentiel, soit comme complication d'importance variable. Vous avez déjà nommé, parmi ces états morbides, la fièvre typhoïde, la phthisie pulmonaire et les suppurations pro-

FEUILLETON

—

CAUSERIES

On badigeonne le bâtiment qui sert d'asile à l'Académie de médecine. Assurément, ce n'est pas là un événement de suprême importance; mais, dans l'anxiété actuelle et générale des âmes, ce petit fait d'un autre genre de restauration pourrait passer inaperçu si je ne cherchais sa signification. Sa signification me paraît bien claire. Depuis un grand nombre d'années, les ministres qui se sont succédé à l'instruction publique ont comblé l'Académie de promesses sur un habitat convenable. M. Duruy, qui voulait rebâtir la Sorbonne, avait fait sa part à l'Académie dans les bâtiments nouveaux. Avant lui, je ne sais plus quel ministre voulait donner à l'Académie l'hôpital actuel des Cliniques, en face de l'École de médecine. Plus récemment, M. J. Simon s'est ingénié de toutes façons, mais infructueusement, pour faire accorder à l'Académie les bâtiments que n'occupe plus le Musée d'artillerie, place Saint-Thomas-d'Aquin. A l'angle de la rue de Verneuil et de la rue des Saints-Pères existe aussi un hôtel appartenant à l'État, et qu'avait lorgné un autre ministre de l'instruction publique pour en faire don à l'Académie.

Or, que signifie le badigeonnage actuel de l'Académie? Que tous ces beaux projets sont tombés dans l'eau et que le *statu quo* est maintenu. Si c'est le propriétaire, c'est-à-dire l'Assistance publique, qui fait exécuter les réparations à ses frais, c'est qu'un long bail lui a été renouvelé par l'Académie. Si c'est l'Académie qui fait les dépenses, c'est que son propriétaire lui aura consenti une suffisante prolongation de bail. Ce dilemme est irréfutable.

longées, quelle qu'en soit la cause. Dans ces circonstances, il n'est pas facile de faire la part de ce qui appartient réellement au choléra; et si parfois l'on peut observer un changement presque subit dans les caractères de la diarrhée et dans la fréquence des selles, chacun de nous a rencontré des faits où les choses se sont passées tout différemment : la diarrhée habituelle prend alors graduellement une importance plus grande et l'attaque cholérique se développe finalement avec tous ses caractères. Ces cas, on le comprend, ne se prêtent guère à l'analyse, et plusieurs doivent être mis de côté, sous peine d'entacher d'erreur les conclusions qu'on voudrait en tirer.

Je n'ai pas l'intention de décrire ici la diarrhée cholérique : ses caractères sont connus de tous et n'ont pas besoin d'être rappelés; les divergences commencent seulement lorsqu'il s'agit d'en apprécier la fréquence et d'en rechercher la signification pathologique.

Et, d'abord, la *fréquence*. Si nous envisageons le total général de nos faits de 1866, en y comprenant à la fois les guérisons et les morts, nous trouvons que, sur 101 observations, la diarrhée initiale a manqué 35 fois (34,8 p. 100), c'est-à-dire que le début se faisait subitement, sans diarrhée prodromique; les divers symptômes (et notamment les vomissements, la barre stomacale, les crampes et l'algidité) se montraient en même temps que le flux intestinal, ou bien l'un de ces phénomènes apparaissait avant la diarrhée et l'accompagnait ensuite dans son évolution.

Chez 22 malades (21,8 p. 100), la diarrhée existait de 1 à quelques heures (6 heures, au maximum) avant les autres symptômes de la maladie confirmée; en ajoutant ces 22 faits aux 35 précédents, on obtient un total de 57 (56,9 p. 100), qui représente la somme des cas dans lesquels la diarrhée prodromique a tout à fait manqué, ou bien a duré, au maximum, six heures. Dans 9 autres cas, elle se montra au plus 12 heures avant l'attaque de choléra confirmé; en tout 66 malades sur 101, chez lesquels la diarrhée apparut moins de 13 heures avant que le tableau de l'affection asiatique ne fût définitivement complété. Le résumé suivant rend un compte exact du détail de ces faits :

Donc l'Académie reste où elle est, et, pour la désassombrir un peu, on lui donne un coup de badigeon jaune clair à la colle.

J'ajoute que la démolition récente de la maison d'angle de la rue Taranne laisse pénétrer maintenant un peu d'air et de lumière dans la bibliothèque, qu'il sera facile d'agrandir par l'emploi du terrain du petit et inutile jardin qui la limite au sud.

Avez-vous remarqué que, sur la porte d'entrée, le peintre a inscrit seulement ces mots en gros caractères : ACADÉMIE DE MÉDECINE, mais sans ménager le plus petit espace pour une épithète quelconque? Ainsi, vous avez beau faire, monarchistes, républicains, impérialistes, notre Académie ne sera ni *royale*, ni *impériale*, ni *nationale*, comme nous l'avons vue successivement désignée, elle sera ce qu'elle est depuis le 4 Septembre : *Académie de médecine*, comme l'Institut est toujours l'Institut de France.

Quelle que soit son appellation future, l'Académie, — on l'a bien vu pendant les anxiétés du siége et les tourmentes de la Commune, — fonctionne comme si de rien n'était, au milieu des plus graves préoccupations. Les trois dernières séances ont été occupées par M. le professeur Colin, d'Alfort, dont le mémoire sur la septicémie est certainement l'une des plus remarquables communications que l'Académie ait entendues depuis longtemps. Il faut dire même que ce travail gagne beaucoup à la lecture; M. Colin occupe mal la tribune, il ne lit pas bien, sa voix traînante et monotone est sans accent et sans nuances; il ne sait pas faire valoir les bonnes choses qu'il expose. Mais, à la lecture du *Bulletin*, on est étonné d'y trouver d'abord une forme irréprochable, une certaine tendance littéraire qu'on ne soupçonnait pas et, ce qui frappe davantage de la part de cet académicien un peu chagrin, un peu morose, qui ne rit jamais, et que l'on appelle l'Alceste d'Alfort, de rencontrer, dis-je, sous sa plume, de la finesse, des traits, des mots, bref, du bel et bon esprit. Fiez-vous donc aux apparences!

DURÉE de la diarrhée prodromique	CAS LÉGERS guéris	CAS GRAVES guéris	TOTAL des cas guéris	CAS MORTELS	TOTAL GÉNÉRAL
0	5 (27,8 p.100)	9 (47,4 p.100)	14 (37,8 p.100)	21 (32,9 p.100)	35 (34,8 p.100)
1 heure. . .	»	»	»	1	1
2 heures . .	»	1	1	1	2
3 — . . .	»	»	»	4	4
4 — . . .	»	»	» . . . 4	1 . . . 18	1 . . . 22
5 — . . .	»	1	1	»	1
Quelques heures (moins de 6)	»	»	» 10,8 p. 100	8 28,1 p. 100	8 21,8 p. 100
6 heures . .	1	1	2	3	5
8 — . . .	»	»	»	1	1
11 — . . .	1	»	1	»	1
12 — . . .	2	»	2	5	7
18 — . . .	»	»	»	1	1
1 jour	1	3	4	6	10
1 j. 1/2. . .	»	1	1	1	2
2 jours. . . .	3	1	4	5	9
3 — . . .	1	1	2	4	6 . . . 34
4 — . . .	1	1	2	»	2
5 — . . .	»	»	»	1	1 33,8 p. 100
6 — . . .	2	»	2	»	2
8 — . . .	1	»	1	»	1
15 — (?) . .	»	»	»	1	1
Total.	18	19	37	64	101

De même, sur 11 malades observés pendant l'épidémie actuelle, 4 fois le début de l'attaque cholérique a été subit. Chez un douzième malade, non compris dans le chiffre précédent, il existait une diarrhée ancienne datant de six mois; mais le choléra éclata brusquement, sans que le catarrhe de l'intestin se fût préalablement modifié.

Il importait de rechercher si l'époque où apparait le flux intestinal est en rapport avec la gravité de l'attaque cholérique. On conçoit, en effet, combien serait utile au médecin l'existence d'un symptôme capable de fournir d'emblée une induction pro-

---

Interrompue par la maladie de M. Piorry, la discussion sur le choléra reprendra mardi par un grand discours de M. Chauffard. Vous attendez-vous à ce que la question de la non-contagion du choléra sera reprise devant l'Académie? Non sans doute; eh bien, vous éprouverez... ou plutôt vous n'éprouverez plus cette surprise, puisque je vous dévoile la bonne fortune qui vous attend d'entendre un des anciens de l'Académie, un de ses doyens, M. le docteur Jolly, venir prochainement soutenir sa foi et les doctrines anticontagionnistes. C'est courageux de la part de notre vénéré confrère, et tout ce qui est courageux est respectable.

Je me suis fait une ou plutôt deux mauvaises affaires avec un mien excellent, bien cher et vieil ami, l'une en parlant trop, l'autre en ne parlant pas assez. Ah mais! c'est qu'il me gronde et bien net et bien sec. Voyez plutôt :

« Savez-vous, cher ami, que vous vous êtes joliment moqué (si j'allais écrire un autre mot!), de nos confrères de Paris, en terminant votre *Causerie* du 18. Voici ce que vous dites : « Le « vœu que je fais pour vous, cher lecteur, c'est que votre nom devienne *assez célèbre* pour « que nos édiles puissent, un jour, l'inscrire à l'angle de l'une de nos rues. »

« Mais, ne serait-ce pas, comme je l'ai annoté sur place, l'extinction complète *des* CÉLÈBRES? Quel nivellement, en vérité!...

« Lors de la décadence romaine, les statues le disputèrent aux bornes du chemin; abus qui tend à entrer dans les signes de notre époque, et auquel votre vœu mettrait le comble. Figurez-vous le facteur allant porter, à un héritier [intellectuel] de Corvisart, de Fourcroy ou de Pinel, l'obtention d'un secours sollicité auprès de l'Association générale des médecins de France, et qui demeurerait *rue Z...* ! par exemple. (Ici se trouve un nom épigrammatique.)

« Allons, convenez, Amédée, que vous avez terminé votre *Causerie* par un rire contenu, et

nostique de quelque valeur : aussi avons-nous eu soin de séparer les cas de mort des cas de guérison et, parmi ces derniers, nous avons distingué ceux où l'affection fut particulièrement bénigne. Or, on peut voir, par le tableau précédent, qu'il n'existait pas de différence bien appréciable entre la proportion constatée dans ces circonstances, pourtant si différentes (à condition toutefois que l'on envisage seulement les cas où la diarrhée initiale a fait totalement défaut) : la proportion, en effet, est de 37,8 p. 100 pour les guérisons et de 32,9 p. 100 pour les morts. Il n'en est plus absolument de même si l'on additionne aux observations de début subit celles où le flux intestinal n'a duré qu'une heure à six heures au maximum : on obtient alors 48,6 p. 100 dans les faits terminés heureusement et 61 p. 100 dans les cas de décès. Ici, l'écart devient notable, et il semble porter avec lui un enseignement : si l'on s'en rapportait à ces chiffres, il faudrait, toutes choses égales d'ailleurs, envisager comme étant plus gravement atteints les malades chez lesquels la diarrhée dite prémonitoire ne s'est point montrée ou n'a duré que fort peu de temps.

Quoi qu'il en soit de cette dernière conclusion, il n'en est pas moins établi par ces recherches précises (comme par celles d'autres observateurs) que le flux intestinal ne précède pas toujours, ne fût-ce que de quelques heures, l'attaque du choléra : le nombre des cas à début brusque est même assez considérable. Dans ces circonstances, convient-il, même au point de vue purement statistique, de conserver à la diarrhée initiale le nom de *prémonitoire?* Je pense qu'on ne saurait se refuser à reconnaître que cette diarrhée, dès qu'elle apparaît, est bien réellement un phénomène appartenant au choléra. Le catarrhe intestinal peut même, à lui seul, suffire à déceler, chez certains malades, l'influence épidémique. Je pourrais à ce propos vous citer l'exemple d'un jeune homme observé pendant le cours de cette même épidémie de 1866 : sans aucune cause appréciable, il fut atteint d'une diarrhée fort pénible qui résista pendant quinze jours aux divers traitements employés ; et cependant, jusqu'alors, ce malade n'avait jamais eu à souffrir du plus léger catarrhe intestinal.

J'envisage le flux survenant dans de semblables circonstances comme ayant été bien réellement une manifestation de l'épidémie ; mais ce n'est pas une raison pour conserver le nom de prémonitoire à la diarrhée qui précède souvent l'invasion de l'accès cholérique. Pourquoi cette qualification qui semblerait préjuger la nature non cholérique du catarrhe de l'intestin? Je préfère, quant à moi, conserver une dénomination plus conforme aux notions pathologiques, et certes celle de *diarrhée prodromique* (ou même de cholérine) me paraît inattaquable.

---

moi, je vous avouerai que, si j'en fais l'*avulsion,* c'est que, fatalement, je n'ai pu m'occuper d'autres choses, mon cerveau ayant le pica.

« Si je vous envoie cette *bêtise,* c'est tout simplement pour vous souhaiter le bonjour et vous reprocher (chose que j'ai sur le cœur depuis plusieurs mois) le silence que vous avez gardé sur le compte d'un confrère qui soutient, en Asie, l'honneur de la médecine française : j'ai nommé le *docteur Tholozan....* Sans doute, vous avez inséré un travail qui était tout à sa louange; voilà qui est bien, pour le rédacteur en chef; mais Simplice, Simplice, le rémunérateur des hommes de notre profession, pourquoi a-t-il failli à ses sentiments de justice en se clouant le bec à l'égard de l'éminent exilé?

« Adieu, mon ami, que votre plume et votre esprit soient toujours à vos ordres. X... »

Il n'y a que des amis pour vous traiter ainsi.

Sur le premier point, apprenez, mon cher Charles, que je ne me moque jamais de mes lecteurs. Leur adresser un vœu de politesse et de courtoisie n'est vraiment pas un acte de moquerie. Les lecteurs par milliers de l'UNION MÉDICALE ont tous trop d'esprit et de bon sens pour croire tous à une célébrité actuelle ou future suffisante pour donner leurs noms aux rues de Paris ou de leur ville natale. Le prêtre qui, après la messe, donne la bénédiction aux fidèles en leur disant : *Benedicat vos, omnipotens deus, etc.*, ne se moque pas de l'assistance, quoiqu'il sache bien que la bénédiction ne tombera pas efficace sur toutes ces têtes prosternées. Il le désire, mais ne l'espère pas. Mon *benedicat* a été la même chose, et vous me faites là une mauvaise chicane, mon cher ami.

Quant à l'abondance et à l'abus des statues, si votre critique s'adressait à la médecine, elle aurait plus d'amertume que de vérité. Je crois qu'on pourrait vous mettre au défi de trouver

Que cette diarrhée prodromique soit une véritable manifestation de l'affection qui éclate très-souvent dans un laps de temps plus ou moins rapproché, c'est ce qu'il me parait difficile de mettre en doute; il en résulte une absolue nécessité de traiter, et de traiter avec énergie tout flux intestinal qui survient en temps d'épidémie cholérique. Est-ce à dire pour cela que l'on arrivera toujours à suspendre le catarrhe de l'intestin et à faire avorter le choléra? Malheureusement, il n'en est rien. Certes, dans nombre de cas, on pourra voir la diarrhée s'arrêter et les malades se rétablir définitivement; mais ce serait se bercer de trompeuses illusions que de croire à un succès toujours assuré; je pourrais citer à cet égard plusieurs faits trop concluants. D'ailleurs, le chiffre toujours assez élevé des cas développés dans les salles mêmes de nos hôpitaux serait suffisant pour prouver la gravité de la cholérine, alors même qu'elle est prise à ses débuts ; car, s'il est des malades que la crainte d'être placés dans le service des cholériques empêche de faire connaître l'existence de la diarrhée prodromique, il en est d'autres, plus nombreux, qui s'attachent au moindre symptôme insolite et réclament des soins dès le commencement des dérangements intestinaux; or, nous le savons tous, une thérapeutique, même active, instituée dans des circonstances pourtant si favorables, n'est certes pas toujours efficace à prévenir le développement de la maladie.

Des faits et des conclusions qui précèdent, je crois pouvoir déduire la conclusion suivante :

La *diarrhée dite prémonitoire* fait fréquemment défaut d'une manière absolue, et assez souvent, quand elle existe, elle ne dure guère au delà de quelques heures : elle constitue donc essentiellement un symptôme de choléra et un symptôme prodromique; elle n'est pas l'annonce du choléra, elle en est le commencement.

Choléra et Chloralum (1)

Par le Dr Henry BLANC,

Membre du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre,
Ancien médecin en chef des hôpitaux de Rajkote et de Sattara (Indes-Orientales), etc., etc.

DE L'ANTIDOTE DU CHOLÉRA. — La contagion du choléra admise, *à priori*, c'est dans les évacuations cholériques qu'on irait rechercher le principe contagieux, et c'est

(1) Suite. — Voir les numéros des 4, 11 et 18 octobre.

sur le sol de la France une douzaine de statues de médecins célèbres. Or, je vous prie de mettre en regard des statues des médecins, dont l'existence a été consacrée à sauver et à prolonger la vie des hommmes, les statues des rois, princes, maréchaux, généraux et guerriers qui, depuis les temps bibliques jusqu'à nos jours, ont mis le genre humain en coupe réglée. Allons, cher ami, ce n'est pas la reconnaissance publique pour notre science et notre art qui fait enchérir le marbre et le bronze.

Pourquoi, je me le demande, le nom de M. le docteur Tholozan s'est-il trouvé sous votre plume? Je n'avais pas l'avantage de connaître cet honorable confrère quand, il y a bientôt un an, alors qu'il était en congé à Paris, nous fûmes présentés l'un à l'autre par un ami commun. J'ai eu l'occasion de le revoir pendant le séjour du shah de Perse à Paris, et j'ai eu le plaisir d'entendre ses communications au Comité consultatif d'hygiène publique et à l'Académie de médecine. L'UNION MÉDICALE a reproduit ces communications; que pouvait-elle de plus? Mais ce que vous avez oublié, c'est que l'UNION MÉDICALE a vivement et chaudement appuyé la candidature de M. Tholozan, il y a quelques années, au titre de correspondant étranger de l'Académie de médecine, et cela en se fondant sur ce que vous rappelez justement aujourd'hui, que cet honorable et savant confrère représente avec autant de distinction que de dignité la médecine française en Orient. Personne ici n'est donc en reste avec M. Tholozan.

Ce que je ne peux accepter, cher ami, c'est votre épithète d'*exilé* que vous infligez à notre confrère le médecin du shah de Perse. C'est un exilé très-volontaire, et qui n'aurait pas le mauvais goût de chanter les *Tristes* de l'exilé de Guernesey.

Ne vous lamentez pas trop, cher ami, sur votre *exilé* de Téhéran. Il a bon souper, bon gite, sans doute *le reste*, et certainement quarante bons mille francs d'appointements. Ce n'est pas

là, en effet, qu'il a été trouvé, et, n'en déplaise aux critiques, je maintiens que cette question n'est plus à l'état de probabilité, mais bien à celui de fait acquis et prouvé. Jusqu'à preuve directe du contraire, j'affirme que le choléra est transmis de l'homme à l'homme par les évacuations cholériques, et que cette transmission a lieu au moyen de l'eau potable, de l'air renfermant des particules desséchées de ces mêmes évacuations, et par d'autres « media », *mais qu'il faut toujours*, pour que le choléra asiatique se développe chez l'homme, que des particules cholériques soient mises en contact avec la muqueuse qui tapisse le tube digestif.

Comment agit le principe contagieux du choléra une fois introduit dans le tube digestif d'un homme sain? Ici, malheureusement, nous entrons dans le domaine de l'hypothèse. Est-ce par une conversion de force qui produit dans l'épithélium intestinal sain la même modification morbide que celle qui s'est produite dans l'épithélium intestinal du cholérique? Et ces petites molécules granuleuses, douées de vie, trouvent-elles dans l'épithélium un milieu qui favorise leur développement et un pabulum qui leur permet de se multiplier à l'infini en produisant d'autres molécules semblables à elles, en nature et en puissance? Il est probable que quelque phénomène semblable a lieu, mais nous n'avons encore aucune certitude à cet égard.

Contentons-nous, pour le moment, de nos connaissances actuelles pour appliquer au traitement du choléra les mêmes moyens rationnels et sérieux que nous avons proposés pour sa prophylaxie.

Le traitement du choléra ne pourra jamais être efficace s'il n'est basé sur une connaissance des causes de la maladie; jusqu'à ce jour il a été entièrement symptomatique, plus que cela, la plupart des médicaments administrés en vue des symptômes ont des effets physiologiques différents de ceux pour lesquels ils sont recommandés (les alcools, par exemple); et trop souvent, au lieu d'assister la nature, on ne fait que l'entraver et l'embarrasser par des remèdes contre-indiqués.

La cause du choléra, nous la connaissons; c'est un empoisonnement par une substance organique, l'antidote doit exister parmi les agents qui empêcheront le développement de cette matière organique et qui la rendront inerte et inoffensive. Oui! c'est une substance qui arrête la fermentation, qui tue les molécules protoplasmiques, qui est l'antidote du choléra; il faut que cette substance offre des garanties d'innocuité et qu'elle puisse être administrée largement sans produire d'empoisonnement qui lui soit propre; toutes ces conditions se trouvent réunies

---

de trop, je le confesse, pour un homme de son mérite; mais si vous apprenez jamais que j'en suis là, je vous défends de me plaindre.

En voici bien d'une autre!... Dans une lettre non signée et sur le timbre de laquelle je crois lire : *Rabastens*, je trouve cette phrase :

« Citoyen Simplice, vous êtes ici soupçonné de tourner vers le goupillon de la légitimité. Ça vous fait du tort, je vous en avertis..... »

Merci, Monsieur de Rabastens; mais je ne me trouve pas obligé à vous faire une profession de foi, et je ne brigue vos suffrages en rien ni pour rien. Cependant je veux bien vous dire, et puisque vous parlez de goupillon, que, si l'on mettait aux voix l'eau bénite ou le pétrole, je ne voterais pas pour..... le pétrole!

Dr Simplice.

Éphémérides Médicales. — 25 Octobre 1811.

Suchet, duc d'Albufera, est gravement blessé au siége de Sagonte. L'articulation scapulo-humérale est intéressée; quelques chirurgiens proposent l'amputation; Boyer seul s'y oppose, et sauve le bras au noble blessé. A son retour en France, Boyer n'avait qu'une petite escorte; mais, à chaque général qu'il rencontre sur la route, il est fort étonné non-seulement de voir cette escorte augmenter, mais encore son fourgon se charger, comme médecin de l'Empereur; de telle sorte que, parti d'Espagne avec très-peu d'hommes, il arrive en France avec une armée : le pauvre chirurgien avait été, sans le savoir, le recéleur des vols d'objets artistiques enlevés de la Péninsule. — A. Ch.

dans le « chlorure d'aluminium », et nous avons enfin trouvé en lui le contre-poison si longtemps cherché.

Mais il ne faut pas demander plus à l'antidote du choléra que l'on n'exige d'un contre-poison ordinaire. Si un malade avait avalé des acides, nous donnerions des alcalins ; une forte décoction de noix de galle, si nous avions affaire à des préparations d'antimoine ; à un moment donné, notre contre-poison serait tout-puissant et nous sauverions notre malade. Si un antidote est administré après que le poison a fait des dégâts considérables, son action sera nulle, du moins douteuse, et pourtant, dans ces cas, personne ne songera à questionner la valeur du médicament, et on reconnaitra que si l'effet désiré n'a pas été produit, c'est qu'il a été administré trop tard.

Les beaux jours du « génie épidémique », comme ceux de la chevalerie, sont passés ; nous sommes descendus des hauteurs de l'imagination au terre-à-terre et au fait peu poétique que plusieurs de nos épidémies ordinaires ne sont que des maladies fécales (choléra, fièvre typhoïde, diarrhée, etc.). Si un individu empoisonné par des matières cholériques ou des matières typhoïdes prenait de suite une substance qui détruise ce poison, ni le choléra ni la fièvre typhoïde ne se développerait en lui, mais une fois que des altérations morbides nombreuses et profondes ont été produites, il serait oiseux d'attendre d'aucun médicament une action spéciale et curative.

Pendant combien de temps, après l'empoisonnement cholérique ou typhoïde, réussirons-nous à conjurer la maladie en employant un antiseptique? Ce temps variera suivant les cas et la marche plus ou moins rapide de l'empoisonnement. Il y a dans les maladies dues à un poison organique une période prodromique, pendant laquelle les substances qui empêcheront son développement seront toutes-puissantes. Dans le choléra, ce sera durant la période de malaise, pendant la diarrhée du premier degré, quelquefois pendant celle du deuxième degré, pourvu que le collapsus ne soit pas complétement établi. Mais je ne saurais trop insister sur ce point : *Le succès dépend toujours de l'administration hâtive du contre-poison, et sa valeur augmente en raison directe de l'époque plus rapprochée du début à laquelle il aura été donné.*

On traite des cas de choléra à la période de début par un remède, on réussit ; on l'emploie également à une période avancée de la maladie, on échoue ; et le monde de s'écrier : Le remède ne vaut rien! J'en appelle à tous les hommes de science : est-ce qu'une pareille conclusion est juste et rationnelle, et peut-elle s'appliquer à un remède de la classe des contre-poisons?

Les quelques cas de choléra que j'ai eus à traiter durant l'épidémie actuelle justifient entièrement les conclusions auxquelles je suis arrivé. J'ai traité huit cas de choléra par le chloralum, et j'ai obtenu les résultats suivants :

Diarrhées cholériformes du 1er et du 2e degré.	traités . . .	3
	guéris . . .	3
Choléra arrivé à la période algide	traités . . .	5
	guéri. . . .	1
	morts. . . .	4

Les trois cas de diarrhée cholérique que j'ai traités (un à l'hôpital Beaujon, une infirmière, et deux cas en ville) présentaient à peu près les mêmes symptômes : malaise, diarrhée d'abord légère, puis plus fréquente, moins colorée, aqueuse ; nausées ou vomissements ; face pâle ; yeux légèrement cernés ; température encore normale. Quelques lavements au chloralum, quelques doses d'une potion au chloralum ont fait rapidement disparaître tous les symptômes fâcheux. Aucun autre médicament n'a été administré et aucune incertitude ne peut exister, c'est bien le chloralum seul qui a enrayé la maladie ; il a produit l'effet que l'on était en droit d'en attendre, et il s'est prouvé être le contre-poison, l'antidote du poison cholérique.

J'ai également traité par le chloralum, à l'hôpital Beaujon, cinq cas de choléra

arrivés au troisième degré, et je profite de cette occasion pour remercier l'éminent praticien, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, de l'accueil bienveillant qu'il a bien voulu me faire, et M. Paulier, l'interne du service, pour l'assistance si cordiale qu'il m'a donnée.

Une analyse sommaire de ces cas de choléra est nécessaire pour démontrer encore plus explicitement les principes de la médication nouvelle que je propose.

(*La fin à un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE DIAGNOSTIC MÉDICAL, etc., par RACLE. Cinquième édition, revue et complétée par MM. Ch. FERNET et I. STRAUS. J.-B. Baillière.

Quand un livre a joui d'un succès semblable à celui du *Traité de diagnostic*, il est bien avéré qu'il possède une valeur intrinsèque que des circonstances accidentelles ne sauraient lui enlever, fût-ce même la mort de son auteur.

Pour aucun de nos contemporains ce livre n'est un inconnu. Chacun de nous a pu apprécier quelle masse considérable de faits il renferme, avec quelle méthode il est conçu, et combien il simplifie les problèmes toujours délicats, souvent obscurs, que comporte un bon diagnostic.

Racle lui-même avait revu les premières éditions de son livre, autant pour le mettre au courant des nouveautés scientifiques, que pour parfaire de plus en plus son premier travail. L'ophthalmoscopie, la laryngoscopie, la micrographie clinique, etc., lui avaient fourni l'objet de chapitres nouveaux qui complétaient heureusement son œuvre.

Dans la quatrième édition, le docteur Blachez s'était appliqué à refaire le chapitre trop légèrement touché des maladies cérébrales; et entre autres choses, il avait complété la séméiotique des maladies du cœur, en leur appliquant les résultats que Marey a obtenus de l'expérimentation, sur ce point.

MM. Fernet et Straus ont fait de même pour la cinquième édition; et ce sont les principales additions qui leur sont dues que je veux seulement noter en passant.

Ces messieurs se sont partagé la besogne : Fernet a revu les chapitres consacrés aux maladies du système nerveux et aux maladies du cœur. Les maladies du système nerveux surtout avaient besoin de cette révision, en raison des nombreux travaux dont elles ont été le sujet dans ces derniers temps, notamment à l'École de la Salpêtrière.

Les modifications diverses apportées à la sensibilité par les maladies nerveuses ont été dûment étudiées dans des articles consacrés à la rachialgie, à l'analgésie, à l'hyperesthésie, aux divers modes de sensibilité que l'on a récemment appris à distinguer et à apprécier au point de vue du diagnostic et des autres problèmes que pose l'état morbide. Les paralysies d'origine spinale ont fourni à notre ami l'occasion d'exposer les recherches de Duchenne (de Boulogne) et de résumer en quelques alinéas les faits si compendieusement analysés par le savant électropathe.

A propos de ces mêmes maladies spinales, il nous donne aussi le résumé des leçons si instructives du professeur Charcot, dans lesquelles l'analyse physiologique des fonctions nerveuses est entreprise et poursuivie, avec autant de persévérance que d'habileté. Enfin, l'ataxie a aussi son appendice, ainsi que le tremblement; on sait que ce dernier symptôme a été traité spécialement par Fernet, dans une monographie qui est sa thèse d'agrégation.

Straus, de son côté, a complété la séméiotique des maladies pulmonaires et abdominales; on trouvera, dans les additions qui lui sont dues, des renseignements intéressants sur la séméiotique de l'emphysème, et la nature des bruits normaux et pathologiques du thorax. Il s'est efforcé de simplifier la nomenclature si étrangement confuse de Skoda, relativement aux bruits normaux et anormaux fournis par la percussion. A propos des troubles gastriques, il nous donne, sur les vomissements, de nouveaux renseignements qui simplifient le diagnostic de l'hémoptysie et de l'hématémèse, et celui des vomissements de nature urémique.

Dans cette édition, la séméiotique des fièvres a été rejetée à la fin du volume et elle a été l'objet des additions les plus importantes. Appelant de ses vœux le jour où l'hématologie nous donnera la connaissance de ce qui fait la fièvre, et surtout de ce qui fait les différentes variétés de fièvres, l'auteur s'arrête à la classification qui réunit presque en un seul groupe les diverses fièvres continues. La fièvre catarrhale, cependant, et ce qu'il appelle la fébricule typhoïde, restent à part.

Un chapitre des plus importants est consacré à la température dans les maladies en général et dans les fièvres en particulier. Les importantes conséquences que le diagnostic peut tirer

de ces tracés, et même d'un simple écart exagéré, méritaient le développement qui a été donné à ce côté de la question. Un schema curieux nous montre, dans une seule figure, les types divers de fièvre intermittente, avec leur fastigium et leurs phases d'apyrexie. Quant aux localisations morbides, pneumonie lobaire, rougeole, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, elles ont aussi leurs tracés significatifs, et que reproduisent des planches exprès.

Les pyrexies chez les vieillards, étudiées au point de vue de la température par Charcot, ont montré que, si les signes puisés à cette source ont une haute valeur, de même que pour les autres âges, cependant ils n'ont pas une valeur absolue; la mort peut arriver avec tous les signes d'une défervescence trompeuse.

Enfin, j'aurais encore à signaler les importantes données qui sont fournies au sujet de l'examen microscopique du sang et des autres produits morbides; ce que l'on peut appeler avec quelque raison la partie clinique de l'anatomie pathologique.

Le docteur Potain y a ajouté une courte et substantielle notice dans laquelle beaucoup pourront apprendre, à l'exemple de Racle, à surmonter courageusement les plus grandes difficultés, à conquérir une place au soleil de la science, par la persévérance dans le travail et la portée d'un esprit soigneusement cultivé.

C'est interpréter heureusement le culte des souvenirs, que de perpétuer ainsi la mémoire et les travaux de ceux qui ne sont plus.

A. FERRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie a renvoyé à la commission des prix de médecine, fondation Montyon, un mémoire de M. Gimbert sur l'assainissement des terrains marécageux par l'*Eucalyptus globulus*. « D'après des documents qui nous parviennent de tous côtés et des sources les plus sérieuses, dit l'auteur, il paraît acquis à l'hygiène et à l'agriculture que la fièvre intermittente disparaît là où prospère l'*Eucalyptus*. Un arbre qui pousse avec une rapidité incroyable, qui peut absorber dans le sol dix fois son poids d'eau en vingt-quatre heures, qui répand dans l'atmosphère des émanations camphrées antiseptiques, devait à coup sûr jouer un rôle très-important dans l'assainissement des contrées miasmatiques. Grâce à ces propriétés singulières, il était capable de pomper directement et rapidement l'eau des marécages superficiels, de prévenir les fermentations qui s'y produisent et de paralyser, par ses effluves, les miasmes animalisés qui pouvaient en provenir. Ces prévisions, énoncées en 1869, se réalisent tous les jours. Les Anglais ont fait les premiers essais de plantations assainissantes dans la colonie du Cap. En deux ou trois années, ils ont changé les conditions climatériques et l'aspect des régions insalubres de leur possession. Quelques années après, les Algériens répandirent l'*Eucalyptus* dans notre Afrique. »

Les résultats furent tels que le directeur du Jardin d'essai, à Alger, se fait fort de conquérir tout le grand désert du Sahara avec des plantations de cet arbre.

M. le docteur Bouchut communique à l'Académie des recherches nouvelles sur l'anatomie pathologique du choléra et quelques maladies septicémiques.

Il s'agit de la présence d'infarctus sanguins ou embolies capillaires sous-cutanées des membres supérieurs et inférieurs, produits par la thrombose cardiaque et quelquefois par l'endocardite végétante valvulaire.

« Voici les conclusions de ce travail, qui repose sur quarante-cinq observations : Des infarctus hémorrhagiques se produisent sous la peau et dans les interstices musculaires chez les enfants atteints de choléra, de diphthérite, d'angine couenneuse, de croup, de septicémie typhoïde ou purulente, et même de quelques maladies aiguës inflammatoires. — Les infarctus hémorrhagiques sous-cutanés du choléra, des maladies aiguës septicémiques ou inflammatoires, ont de 2 à 12 millimètres de diamètre et se révèlent par une tache bleuâtre ou violacée du tissu cellulaire, visible à travers la transparence de la peau. — Ces infarctus sous-cutanés sont toujours accompagnés d'endocardite végétante valvulaire et de thrombose cardiaque, avec dépôts fibrineux sur les valvules et sur les colonnes charnues du cœur. — Il est probable que les infarctus sanguins sous-cutanés résultent d'embolies capillaires artérielles, mais cela est impossible à démontrer. — Ces infarctus apoplectiques peuvent quelquefois suppurer et donner lieu à des abcès sous-dermiques. — Des infarctus hémorrhagiques semblables existent presque toujours dans les poumons, où ils amènent de l'infiltration purulente et de petits abcès. — On rencontre aussi, mais plus rarement, ces infarctus dans le foie, dans les reins, dans les muscles et dans le tissu conjonctif intermusculaire. — Aux infarctus apoplectiques disséminés de la peau et des viscères, il faut joindre le purpura, qui est rare, la leuco-

cythose aiguë, qui est très-commune et qui accompagne les cas graves; enfin, la dégénérescence graisseuse des reins, accompagnée d'albuminurie. — Les infarctus apoplectiques sous-cutanés n'ont rien de spécial au choléra ni à la diphthérite, car ils existent dans la septicémie typhoïde grave et dans la résorption purulente. — La recherche de ces infarctus pendant la vie est très-utile sous le rapport du pronostic; car, en indiquant la mort probable, elle peut servir à empêcher l'emploi de médications hasardeuses, ou d'opérations qui n'auraient aucune chance de succès. »

M. le général Morin a présenté une note fort intéressante sur les moyens à employer pour maintenir dans un lieu donné une température à peu près constante, et pour modérer dans la saison d'été la température des lieux habités. Il suffit, pour cela, d'établir une communication entre la cave et la pièce que l'on veut rafraîchir.

Si le moyen est simple, il n'est pas nouveau, et, pour mon compte, je l'ai bien souvent entendu conseiller par mon père à ceux de ses clients dont la chambre ou la boutique, comme on disait alors en province, communiquait à la cave par une trappe. J'ajoute, puisque les choses simples sont prises sous le patronage puissant de l'Académie, que mon père indiquait le même moyen comme très-propre à élever la température en hiver et à économiser les frais de chauffage. — M. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 août 1873. — Présidence de M. Moutard-Martin.

SOMMAIRE. — Observation d'*expectoration albumineuse*, par M. Laboulbène. — Correspondance. — *Régime alimentaire des malades* : M. Guyot. — Présentation de *malades atteints d'ulcérations tuberculeuses de la langue*, par M. Bucquoy. — Suite et fin de la discussion sur l'*expectoration albumineuse* : MM. Ferrand et Féréol. — *Du resserrement de la mâchoire dû à la syphilis*, par M. Guyot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Laboulbène demande à communiquer sommairement une observation qui présente quelques particularités intéressantes pour la discussion sur l'expectoration albumineuse. Il s'agit d'un malade qui était entré à l'hôpital Necker pour une pleurésie gauche; l'épanchement occupait la presque totalité de la poitrine. Ce malade présenta, à un certain moment, une expectoration albumineuse assez abondante. Cependant l'épanchement ayant augmenté, la thoracentèse devint nécessaire. Après l'opération, l'expectoration albumineuse persista encore quelque temps. Il était intéressant, dans ce cas, de comparer la composition du liquide retiré de la plèvre et celle du liquide expectoré soit avant, soit après la thoracentèse. M. Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital, dont tout le monde connaît la compétence en pareille matière, se chargea d'analyser ces diverses liquides et d'y doser spécialement la mucine, l'albumine, etc. Il reconnut que le chiffre de ces éléments contenus dans les matières expectorées différait de celui des mêmes éléments contenus dans le liquide pleural. Il constata de plus, et ce fait est assez singulier, que le liquide pleural ne contenait que peu ou point de fibrine. M. Laboulbène se demande si le faible calibre des trocarts qu'on emploie avec les appareils aspirateurs n'arrêterait pas le passage des matières fibrineuses ou fibrinogènes dont on sait l'existence et l'abondance dans les liquides pleurétiques.

—

La correspondance imprimée comprend :

1° *De l'exercice et de l'enseignement de la médecine*, par M. Brouardel. Paris, 1873.
2° *Gazette médicale de Bordeaux*, 1873, n° 15.
3° *Bulletin de l'Association française contre l'abus du tabac*, 1869, n° 3.
4° *Union médicale de la Seine-Inférieure*, 1873, n° 33.
5° *Tribune médicale*, 1873, n°s 258 et 259.
6° *Journal d'oculistique et de chirurgie*, 1873, n° 5.
7° *France médicale*, 1873, n° 51.

—

M. Guyot signale à la Société un nouvel usage que l'administration prétend imposer aux chefs de service des hôpitaux. A l'hôpital de Lariboisière, on veut exiger que les médecins écrivent en entier de leur main les bons de suppléments alimentaires et en particulier les bons de lait. D'après le règlement, les malades mis au régime lacté ne reçoivent que 70 centilitres de lait; si le médecin juge que tel malade doit en recevoir davantage, il doit désormais écrire le bon supplémentaire. Cette exigence, qui semble avoir pour objet de diminuer l'usage des prescriptions alimentaires exceptionnelles en créant au médecin des difficultés, est-elle acceptable? M. Guyot ne le pense pas : le régime lacté est un mode de traitement dans la maladie de Bright,

dans l'ulcère de l'estomac, etc. Les médecins doivent pouvoir le prescrire sans perdre leur temps, après le service, à écrire des bons. N'y aurait-il pas lieu d'adresser à l'administration une réclamation sur ce point?

MM. FÉRÉOL, SIREDEY et ISAMBERT appuient l'observation de M. Guyot et déclarent que la même mesure est exigée, dans les hôpitaux auxquels il sont attachés, pour tous les bons de supplément. M. BUCQUOY signale, en outre, que la ration alimentaire attribuée aux malades qui reçoivent *un degré* a été diminuée sans que les chefs de service aient été prévenus et sans que ce changement soit spécifié dans le règlement.

La Société décide que M. Moissenet sera invité à porter cette question devant le Conseil de surveillance.

M. BUCQUOY présente à la Société deux malades qui, par une singulière coïncidence, se sont présentés tous les deux le même jour à la consultation de l'hôpital Cochin.

Tous deux portent sur le bord droit de la langue une ulcération profonde, de 4 à 5 centimètres d'étendue en longueur, dont les caractères rappellent absolument ceux qui ont été constatés dans le cas si intéressant présenté à la Société par M. Féréol. Ce sont, à n'en pas douter, dit M. Bucquoy, des exemples remarquables de la lésion décrite sous le nom d'*ulcération tuberculeuse de la langue*.

L'un de ces malades est un maçon, âgé de 36 ans, déjà arrivé à une période avancée de la phthisie. Sans antécédents syphilitiques, à 20 ans il eut un premier vomissement de sang dont il se rétablit complétement. Il y a trois ans, il vomit de nouveau le sang pendant quinze jours, puis continua à tousser. Il y a dix-huit mois qu'il commença à remarquer sur le bord droit de la langue une petite tache qui bientôt s'étendit en largeur, s'ulcéra et, peu à peu, atteignit les dimensions qu'elle a aujourd'hui. En même temps, une ulcération se formait à la marge de l'anus; elle persiste encore et ressemble beaucoup à une large fissure.

Depuis quelques mois, aphonie presque complète; le malade, déjà fort amaigri, tombe dans une cachexie profonde : fièvre hectique le soir, avec sueurs abondantes la nuit; toux incessante et expectoration de crachats déchiquetés et nummulaires. Appétit conservé; pas de diarrhée.

Les lésions pulmonaires sont caractérisées par des râles sous-crépitants à grosses bulles dans les deux tiers environ du poumon gauche, tant en avant qu'en arrière, et, à droite, par des craquements humides dans la fosse sus-épineuse.

L'ulcère est à peu près indolent, à bords irréguliers, très-déchiquetés, et présentant, surtout à la partie antérieure, quelques petites saillies blanchâtres et plus douloureuses à la pression que le reste de l'ulcération. Le fond est lisse et forme une excavation assez régulière et peu profonde. Pas de ganglions cervicaux.

Comme antécédent tuberculeux, cet homme a perdu un frère mort phthisique à 22 ans.

Le second malade (un menuisier) est beaucoup plus avancé en âge, 56 ans; ce n'est que depuis six mois qu'il tousse continuellement et éprouve une oppression habituelle. Il s'enrhumait facilement tous les hivers. Deux de ses sœurs sont mortes avant 30 ans, sans qu'il puisse dire à quelle maladie elles ont succombé; mais il a perdu un fils de 22 ans mort de la poitrine.

A 24 ans, chancre induré et syphilis constitutionnelle qui a couvert le front et diverses parties du corps de cicatrices caractéristiques. Soigné à l'hôpital Saint-Louis, pas d'accidents syphilitiques depuis plus de vingt ans.

Pas d'apparence cachectique, quoique depuis six mois il ait un peu maigri. Il y a six semaines seulement que l'ulcération a débuté sur le bord droit de la langue et a fait ensuite de rapides progrès. Bords encore plus irréguliers que chez le précédent, également déchiquetés et présentant, surtout en avant, quelques petites saillies douloureuses. D'ailleurs, ulcère indolent, à moins de contacts irritants. Le fond est étroit et comme profondément fissuré. On sent profondément quelques ganglions légèrement tuméfiés, mais nullement douloureux.

Signes de tuberculisation pulmonaire au sommet des deux poumons, surtout du côté droit, où on constate de la matité et de nombreux râles sous-crépitants, tant en avant qu'en arrière. A gauche, matité comme du côté opposé, mais seulement faiblesse du murmure vésiculaire et expiration prolongée.

Ces deux malades ont beaucoup fumé, mais ne fument plus. Les dents sont mauvaises, sans offrir de saillies pouvant amener des ulcérations de contact.

Chez le dernier malade, comme chez le premier, l'aspect de l'ulcération est tout à fait caractéristique. Toutefois, il faut, chez lui, tenir compte davantage de l'âge relativement avancé et de la syphilis qu'il a contractée dans sa jeunesse.

Il est, en effet, arrivé à l'âge des ulcérations cancéreuses; seulement, le caractère indolent de l'ulcération, la souplesse de ses bords, son aspect général, enfin le peu de développement

des ganglions, éloignent absolument l'idée d'un épithélioma. Et quant à une ulcération syphilitique, outre que cette lésion n'en a pas l'apparence, ce diagnostic peut être rejeté sur cette considération que, d'une part, la diathèse syphilitique paraît avoir depuis longtemps épuisé chez lui ses manifestations, tandis que, au contraire, la diathèse tuberculeuse est dans toute son activité.

En cas de doute, on pourra recourir au traitement par l'iodure de potassium.

M. ISAMBERT croit que la forme, la couleur et les autres caractères objectifs des ulcérations de la bouche permettent de reconnaître si elles sont de nature tuberculeuse ou syphilitique. Il soigne en ce moment un malade atteint d'un ulcère syphilitique de la bouche : les caractères de cette lésion sont tout différents de ceux qu'on observe chez les malades de M. Bucquoy.

—

M. FERRAND donne lecture d'une note sur *la pleurésie et l'expectoration albumineuse.* (Voy. UNION MÉDICALE du 19 août 1873.)

M. FÉRÉOL termine son argumentation sur l'expectoration albumineuse après la thoracentèse. (Voy. UNION MÉDICALE des 23 et 26 août 1873.)

M. GUYOT lit un travail sur le *resserrement de la mâchoire dû à la syphilis.* (Voir l'UNION MÉDICALE du 18 octobre 1873.)

— La Société se forme ensuite en comité secret pour entendre le rapport de M. Bourdon sur la proposition adressée par la Société du VIIIe arrondissement, et relative à l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers.

Le secrétaire, Benj. BALL.

COURRIER

Par arrêté en date du 10 octobre, le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, a rétabli la division des lettres et sciences à l'administration centrale. Cette division comprend trois bureaux, savoir : 1° le bureau des travaux historiques et Sociétés savantes; 2° le bureau des bibliothèques et souscriptions; 3° le bureau du dépôt des livres et des bibliothèques scolaires.

Par arrêté en date du même jour, ont été nommés :

Chef de la division des lettres et sciences, M. de Watteville, chef du bureau des bibliothèques et souscriptions.

Chef de division adjoint, M. Servaux, chef du bureau des travaux historiques et Sociétés savantes.

Par un autre arrêté portant la même date, M. Servaux a été nommé secrétaire du comité des souscriptions.

EFFICACITÉ DE L'EAU DE CHAUX CONTRE LA PIQÛRE DES GUÊPES, FRELONS ET ABEILLES, par M. Dauverne. — Tous les ouvrages d'agriculture indiquent l'alcali volatil comme le meilleur remède contre la piqûre des insectes hyménoptères; je suis volontiers d'accord avec eux sur ce point, car il est évident que l'alcali neutralise le venin inoculé par l'aiguillon qui pénètre sous la peau en forme de vrille et que nous cassons dans la plaie, malgré nous, en y portant vivement la main, ce que l'on devrait se dispenser de faire. Mais comme les cultivateurs ne peuvent avoir chez eux — et pour cause — ou bien s'abstiennent de se précautionner d'alcali, tandis qu'il est facile de faire eux-mêmes et instantanément de l'eau de chaux, en délayant quelques grammes de chaux vive dans un verre d'eau, je crois utile de faire connaître le résultat de mes nombreux essais, qui tous ont été suivis d'un grand succès.

Il y a quelques années, je fus atteint à la tête et au visage par de nombreuses piqûres de guêpes. C'est le cas de dire que je souffrais comme un damné; car, comme on le voit, je ne parle pas d'une simple piqûre. Je n'avais pas d'alcali sous la main et ne savais quel remède employer ; mais comme j'éprouvais à peu près la même souffrance que produit la brûlure par le feu, et que je connaissais de longue date les bons effets de l'eau de chaux, en pareil cas, pour calmer l'inflammation et raffermir les tissus, j'eus recours à l'eau de chaux et m'en trouvai bien.

Vingt fois, depuis ce temps, j'ai eu l'occasion de conseiller l'eau de chaux, comme moyen curatif pour les piqûres d'abeilles, frelons, guêpes, et toujours et instantanément les douleurs vives cessent, le calme revient et l'on tarde peu à adresser un remercîment sincère à l'eau de chaux qui vous a délivré d'une souffrance que je puis dire intolérable, sans crainte d'être taxé d'exagération.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES

1866—1873

Sixième note, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 24 octobre 1873,

Par M. Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I. État actuel de l'épidémie : *Documents statistiques; cas intérieurs et extérieurs.* — II. Efficacité de l'isolement des cholériques; transport du miasme cholérique par le médecin; influence des causes banales sur la production des attaques cholériques. — III. *Hôpitaux civils.* Hôpital Lariboisière : M. le docteur Woillez. — Hôtel-Dieu : M. le docteur Moissenet. — Hôpital Saint-Antoine : M. le docteur Gombault. — Hôpital Cochin : M. le docteur Bucquoy.—Hôpital Necker : M. le docteur Laboulbène.—IV. *Hôpitaux militaires.* Hôpital du Gros-Caillou : M. le docteur Champenois. — Hôpital Saint-Martin : M. le docteur Cabrol. — Hôpital du Val-de-Grâce : M. le docteur Kelsch.

Messieurs,

L'épidémie cholérique n'a pas cessé de suivre, dans nos hôpitaux, le mouvement lent, mais régulier, de décroissance que nous vous avons signalé depuis la fin de septembre, mouvement de déclinaison certain, malgré les oscillations présentées dans le nombre des *cas* signalés, ou dans le *mouvement* des hôpitaux. Si vous voulez bien, en effet, vous reporter au tableau que j'ai dressé, et qui indique, pour l'ensemble des hôpitaux et hospices civils, du 4 septembre au 23 octobre inclusivement, et par septénaire, le nombre des cas intérieurs, des cas extérieurs, le chiffre des décès pour chacune de ces catégories, le total des cas et des décès, vous pourrez voir, en suivant la colonne totale des décès, véritable étalon auquel il faut se reporter pour juger exactement du degré d'une épidémie, que, depuis le début jusqu'à ce jour, ce chiffre de décès a été sans cesse, et régulièrement, en s'abaissant.

TABLEAU

Indiquant, pour l'ensemble des hôpitaux et hospices civils, du 4 septembre au 23 octobre 1873, et par septénaire, le nombre des cas intérieurs, des cas extérieurs, le chiffre des décès pour chacune de ces catégories, le total des cas et des décès.

Septénaires	CAS EXTÉRIEURS		CAS INTÉRIEURS		TOTAL DES CAS	TOTAL DES DÉCÈS
	NOMBRE de cas.	NOMBRE de décès.	NOMBRE de cas.	NOMBRE de décès.		
Du 4 au 11 septembre 1873.....	56	33	22	19	78	52
Du 11 au 18 id.	54	28	32	17	86	45
Du 18 au 25 id.	29	17	34	18	63	35
Du 25 septembre au 2 octobre.....	21	14	17	17	38	31
Du 2 octobre au 9.....	27	20	8	9	35	29
Du 9 id. au 16.....	33	15	7	4	40	19
Du 16 id. au 23.....	49	16	9	3	57	19
Totaux	269	143	129	87	398	230

Quant à l'état actuel, immédiat, la dernière journée, celle du 23 octobre, est des plus satisfaisantes, puisqu'il n'est entré dans les hôpitaux qu'un seul cholérique du dehors, qu'il ne s'en est pas déclaré à l'intérieur, et qu'il n'y a pas eu de décès.

État, par établissement, des malades cholériques admis, entrés et décédés dans les hôpitaux et hospices pendant la journée du 23 octobre 1873.

	Existant au matin.	Admissions de l'ext.	Admissions de l'int.	Total.	Total des sorties Sorties.	Décès.	et des décès.	Restant au soir.
Hôtel-Dieu	15	1	»	16	»	»	»	16
Pitié	2	»	»	2	»	»	»	2
Charité	1	»	»	1	»	»	»	1
Saint-Antoine	8	»	»	8	»	»	»	8
Necker	5	»	»	5	»	»	»	5
Beaujon	13	»	»	13	»	»	»	13
Lariboisière	8	»	»	8	»	»	»	8
Saint-Louis	3	»	»	3	»	»	»	3
Enfants-Malades	1	»	»	1	»	»	»	1
Sainte-Eugénie	1	»	»	1	»	»	»	1
	57	1	»	58	»	»	»	58

Existant le 4 septembre au matin		»
Entrés jusqu'au 23 octobre au soir		398
Total des malades traités		398
Sorties	110	340
Décès	230	
Restant le 23 octobre au soir		58

EFFICACITÉ DE L'ISOLEMENT DES CHOLÉRIQUES; — TRANSPORT DU MIASME CHOLÉRIQUE PAR LE MÉDECIN; — INFLUENCE DES CAUSES BANALES DANS LA PRODUCTION DES ATTAQUES CHOLÉRIQUES.

Bien qu'il soit prématuré de vouloir, dès maintenant, juger la pratique de l'isolement des cholériques telle qu'elle a été appliquée dans l'épidémie actuelle, nous pouvons dire, cependant, par anticipation, que les résultats paraissent en avoir été très-satisfaisants : à l'hôpital du Val-de-Grâce, par exemple, M. Léon Colin fait remarquer que le seul cas intérieur développé dans l'établissement s'est produit dans un service situé dans le pavillon des cholériques, tandis qu'il n'en est survenu aucun dans les trois corps de bâtiments qui sont séparés du pavillon où est placé ce service spécial.

La question du rôle que peuvent jouer les médecins dans la transmission des miasmes infectieux ne doit, pas plus que toute autre, être soustraite à l'étude, sous le prétexte que cette étude serait dangereuse à divers titres; c'est là un argument dont la valeur absolue est médiocre, et dont la portée a été certainement exagérée. On sait pertinemment, en effet, aujourd'hui, qu'en dehors de l'air confiné, le rayon d'action de la plupart de ces miasmes est peu étendu; et notre quiétude à nous tous, qui, sans aucune précaution spéciale, revenons auprès des nôtres au sortir de nos salles de cholériques ou de varioleux, témoigne de l'inanité de ce prétendu danger. Tout l'intérêt de la question, au moins en ce qui concerne le choléra dont nous nous occupons exclusivement en ce moment, se concentre sur le rôle que peuvent jouer non-seulement les médecins, mais encore la collection d'individus constituant le personnel médical (élèves, infirmiers, religieuses, assistants), alors qu'ils établissent une relation médiate, parfois incessamment renouvelée, entre les cholériques et les malades atteints d'autres affections. Dans ce cas particulier, il n'est plus possible d'affirmer aussi nettement l'innocuité de la *collection* d'individus dont il s'agit, et, pour la variole comme pour le choléra, il a toujours été entendu que l'on devait isoler des autres malades le personnel des salles spéciales de varioleux ou de cholériques, et que, par surcroît de précautions, le médecin ou les élèves qui avaient plusieurs services à visiter ou à desservir devaient *terminer* leur séance

d'hôpital par la salle des varioleux ou des cholériques. Les discussions qui ont eu lieu parmi nous à ce sujet, et dont le côté vraiment généreux, philanthropique et médical n'a pas été justement apprécié par tout le monde au dehors, ont donc eu pour résultat pratique de fixer ce point d'ordre nosocomial, et d'indiquer aux administrateurs les mesures qu'il était légitime de prendre dans l'intérêt des malades qui nous sont confiés, mesures qu'il est, d'ailleurs, facile d'exécuter sans apporter aucune perturbation grave dans le fonctionnement régulier des établissements.

S'il restait quelque doute à cet égard, voici un fait que nous signale M. le docteur Champenois, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, et dont notre savant collègue apprécie toute l'importance. Dans cet hôpital, les cholériques ont été, vous le savez, isolés avec soin, et leur direction immédiate confiée à notre distingué confrère, le docteur Widal, qui, en raison du petit nombre des malades occupant le service spécial, a pu, avec son personnel, continuer ses fonctions dans les autres salles de son service. Or, c'est dans ces salles que se sont développés tous les cas survenus dans l'hôpital; tandis que, dans l'autre moitié du même pavillon, M. le docteur Bertrand n'en a eu aucun cas. C'est là, nous le répétons encore, un point qui concerne plus directement le *personnel* proprement dit du service médical que le *médecin* lui-même, et il n'y a nul doute qu'il sera porté remède au mal signalé.

L'influence des *causes banales* dans le développement des attaques cholériques a été, depuis longtemps, signalée; mais il y a lieu de refaire encore cette étude dont l'intérêt est grand, non-seulement au point de vue de la nature de la spécificité cholérique, mais encore sous le rapport de la prophylaxie.

On n'a pas manqué de constater déjà, de la manière la plus précise, que l'état valétudinaire constituait à lui seul, aussi bien en ville que dans les hôpitaux, une prédisposition flagrante à l'affection cholérique, et nous avons eu soin de faire remarquer que cette prédisposition s'exerçait pour le choléra dans des proportions que n'atteint jamais l'affection virulente la plus contagieuse: telle que la variole épidémique, par exemple.

De même encore, on a pu voir par nos relevés que, dès le premier jour de l'épidémie, et *avant toute importation du dehors*, l'atmosphère nosocomiale, même dans un établissement comme l'hôpital Saint-Louis, où un grand nombre des habitants ne sont pas des malades proprement dits, était essentiellement propre à recevoir et à développer le germe cholérique, circonstance qui établit encore une différence entre le choléra et la plupart des autres affections épidémiques ou contagieuses qui se développent, au contraire, *plus tôt* dans la ville que dans les hôpitaux, lesquels ne forment que *plus tard* de véritables foyers secondaires.

Dans aucune affection épidémique, la condition sociale, la situation hygiénique, les habitudes de régime, le genre de vie, l'intervention thérapeutique elle-même, parfois, ne jouent un rôle aussi manifeste, aussi direct, aussi immédiat que dans le choléra. Sur 28 cas de choléra observés par lui à l'hôpital du Gros-Caillou, M. le docteur Champenois en relève 3 dans lesquels l'attaque a débuté à la suite d'une violente *émotion*, et il spécifie que c'est pendant ou après les *gardes de nuit* que les soldats ont été atteints en plus grand nombre; la moitié de ces malades n'avait que huit mois de service, et ils ont fourni 1 décès sur 2, tandis que ceux de deux à six ans n'en ont donné que 1 sur 3. Même observation de la part de M. Léon Colin, qui fait remarquer que, malgré la spécificité de la cause, le choléra est singulièrement favorisé, dans son apparition, par des influences toutes banales, comme le prouve sa fréquence chez les sentinelles exposées au froid de la nuit, sa fréquence également dans la classe ouvrière après les excès du dimanche et du lundi; et la période d'incubation, en général si régulière dans les affections virulentes, présente ici, comme dans la plupart des maladies infectieuses, une variabilité qui en rend la détermination extrêmement difficile.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Note communiquée par M. Woillez :

« J'ai été chargé du service spécial des cholériques (femmes) à l'hôpital Lariboisière depuis

l'isolement de ces malades dans une salle particulière, qui a eu lieu à partir du 16 septembre dernier.

Du 16 au 30 septembre il y a été admis 13 malades, et 4 dans la première quinzaine d'octobre. Au total : 17 femmes cholériques seulement. Mais avant le 16 septembre, du 6 au 15 de ce même mois, j'avais reçu dans les salles de mon service 8 cholériques des deux sexes, dont 4 (2 hommes et 2 femmes) le premier jour, le 6 septembre.

Sur ces 8 derniers malades, qui comptaient autant d'hommes que de femmes, 6 succombèrent, et sur ce nombre 4 mouraient quelques heures après leur admission.

Du 16 au 30 septembre : sur 13 femmes admises, 10 moururent, dont 5 dans les premières heures.

Du 1er au 15 octobre : La maladie ne fut pas moins grave, puisqu'il y eut parmi les 4 cas observés trois morts et une seule guérison.

Au total : sur 25 femmes cholériques, on a pu compter jusqu'à 19 morts, et seulement 6 guérisons.

La provenance des malades mérite d'être signalée. Les deux tiers seulement ont été amenés de différents quartiers de Paris, et un tiers environ (8 sur 25) ont été des cas intérieurs.

La mortalité de ces cas intérieurs a été considérable, puisqu'elle s'est élevée à 7 sur 8. Deux de ces femmes étaient accouchées huit jours avant l'invasion et ont rapidement succombé, sans que l'engorgement lacté des glandes mammaires ait disparu jusqu'à la mort. Les autres femmes prises de choléra dans l'hôpital avaient été admises pour des maladies diverses : une fièvre intermittente, une fièvre typhoïde légère, un phlegmon de la fosse iliaque, une maladie de Bright, une phthisie pulmonaire avancée, et enfin un rhumatisme articulaire bénin. Cette dernière malade est la seule de ces femmes qui ait guéri du choléra.

Parmi les femmes cholériques venues du dehors, du 16 septembre au 15 octobre, au nombre de 17, il y a eu 12 décès. Sur l'ensemble de cesjadmissions, on comptait 10 jeunes filles âgées de 18 à 26 ans ; quatre autres femmes avaient de 30 à 53 ans. Des trois autres malades les plus âgées (64 à 73 ans), aucune n'a guéri.

Il est à remarquer que c'est seulement peu de jours après l'admission, qui eut lieu le 6 septembre, de 2 femmes cholériques dans la salle Sainte-Mathilde de ma division, que se sont montrés, dans cette salle, les deux seuls cas intérieurs que j'aie observés. Il est probable qu'ici la transmission a eu lieu. Il en a été de même pour deux femmes domestiques venues du dehors : l'une qui avait donné ses soins à son maître atteint de diarrhée grave, et l'autre qui avait soigné sa maîtresse emportée le 11 octobre, en deux heures, par le choléra, rue Laffite, et qui, le lendemain, venant d'assister à l'enterrement, était prise subitement d'accidents cholériques qui furent suivis de mort à l'hôpital Lariboisière vingt-deux heures après.

La mort n'est survenue pendant la période algide que dans des cas exceptionnels. Dans les autres, c'est dans une réaction irrégulière que la mort est apparue, principalement dans un état comateux typhoïde. Cette congestion cérébrale, qui résistait alors aux moyens mis en usage, s'est trois fois compliquée de convulsions éclamptiques avec écume à la bouche, ayant précédé la mort.

Je ne dirai rien dans cette note du traitement que j'ai suivi, si ce n'est que deux fois l'application du marteau de Mayor au niveau de l'épigastre a débarrassé les malades de l'anxiété épigastrique parfois si pénible qu'ils ressentent. »

HÔTEL-DIEU. — Note communiquée par M. Moissenet :

« Je signale d'abord une femme de 59 ans, marchande des quatre-saisons, qui, entrée le 24 juin, salle Saint-Roch, n° 10, avec des accidents cholériformes, en est sortie guérie le 11 juillet. Cette malade, qui avait eu le choléra en 1849, se flattait d'avoir échappé cette fois encore à la mort. Elle avait eu, disait-elle, le froid glacial, les crampes et les vomissements caractéristiques. Pour nous, nous l'avons vue en pleine réaction, vomissant et rendant par en bas des eaux teintées de bile ; nous avons pu constater la résistance de cet état bilieux à nos médications et la faiblesse excessive qui a suivi sa guérison. Existe-t-il quelque filiation entre ce cas que nous avions qualifié de *nostras* et le cas de choléra *asiatique* qui s'est développé deux mois plus tard au n° 2 de cette même salle? Nous ne le pensons pas. Pendant tout ce laps de temps, c'est en vain que nous cherchons, soit dans la salle Saint-Roch, soit dans la salle Sainte-Jeanne, soit dans nos consultations hebdomadaires, les traits d'une constitution cholériforme. C'est à peine si, sur 135 malades sortis ou morts, nous avons constaté quatre cas de diarrhée secondaire et six ou huit cas d'embarras gastrique bien déterminés.

A partir du 6 septembre, la salle Saint-Roch est évacuée, le premier cas de choléra s'y étant déclaré le 4, et ayant été suivi de mort le lendemain. Le 7, cette salle est affectée au traitement des femmes cholériques. Nous avons rapporté ailleurs la statistique de ce nouveau service. Bornons-nous donc à dire un mot de la moitié de la salle Sainte-Jeanne dont nous

sommes chargé. Là nous avons vu se développer, dans le mois de septembre, au milieu des maladies les plus diverses, deux cas de choléra : le premier, chez un malade atteint de cancer de l'estomac avec complication gastrique et vomissements considérables de matières alimentaires se reproduisant assez régulièrement de deux en deux jours. Le second, chez un jeune phthisique entré mourant et pris dans la salle d'une de ces diarrhées colliquatives si communes chez les poitrinaires, et devenue, au bout de quelques jours, caractéristique du choléra. Ces deux malades, envoyés aussitôt dans le service des cholériques hommes (salle Saint-Dominique), n'ont pas tardé à succomber à la complication qui avait motivé leur translation. Deux fièvres typhoïdes se sont terminées par la mort, dans notre service, à peu près en même temps. L'une d'elles a fini avec des symptômes de cyanose et d'algidité cholériques. »

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Gombault. (Note de M. P. Budin, interne.)

Aucun cholérique (hommes) n'était entré à l'hôpital depuis la fin de septembre.

11 octobre. D... (Ed...), 42 ans. CONSTIPATION depuis plusieurs jours. Début des accidents le 11 octobre, à neuf heures du matin; entre à midi à l'hôpital. Succombe le 12, à dix heures du matin.

14 octobre. Lec..., coiffeur. *Diarrhée* depuis plusieurs jours. Début le 13, à sept heures du soir. Mort le 14, à sept heures et demie du soir.

16 octobre. Homme qui, *très-bien portant la veille*, a été pris, le 16 octobre, à minuit, de vomissements, diarrhée, crampes ; est entré à dix heures à l'hôpital et a succombé à une heure trois quarts.

Le jeudi 16 octobre au soir. C..., 30 ans, homme de peine, habitant place du Marché-Lenoir, 13 *bis*. Actuellement en convalescence. Ce cas a été peu grave.

Le 17 octobre. R..., 54 ans, sourd-muet. Pas de diarrhée prémonitoire. Cas assez grave. Convalescent.

Le 21 octobre. Sch..., 33 ans, boulanger, rue Saint-Irénée, 4. Avait des crampes, des vomissements, de la diarrhée, depuis le 17. Succombe le 22 octobre au matin.

Le 22 octobre. D..., 34 ans, employé au chemin de fer de Lyon. Pris subitement le matin même, 22 octobre, à sept heures. N'avait pas eu de diarrhée la veille. Vomissements, diarrhée, anxiété épigastrique, crampes nombreuses et douloureuses. Le malade a été apporté à dix heures à l'hôpital, trois heures après le début. L'état paraissait excessivement grave. M. Gombault ordonna une saignée de 400 grammes, qui fut faite en sa présence. Écoulement d'un sang noir, épais, très-visqueux. Immédiatement après la saignée, le malade se trouva soulagé. La diarrhée diminua; les vomissements cessèrent; l'anxiété épigastrique disparut, mais les crampes continuèrent. Des frictions furent faites avec de l'éther, et les membres furent enveloppés d'ouate. — Le soir, à quatre heures, le malade était en pleine réaction.

Ce matin 23, à neuf heures, il allait très-bien, prenait un potage et n'éprouvait plus que quelques crampes.

Dans les trois premiers cas, M. Gombault a employé les frictions avec l'éther, qui ont ramené assez rapidement la réaction.

Dans le dernier, suivant en cela la pratique de Fitz-Gérald au Bengale (Voy. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1er octobre 1873), la maladie n'ayant débuté que trois heures auparavant, il a ordonné la saignée. Le résultat a été *tout à fait inattendu*.

HÔPITAL COCHIN. M. Bucquoy. — Aucun cas intérieur ni extérieur de choléra. Diarrhées communes assez fréquentes au commencement de septembre, cholériformes à la fin du même mois, et encore en très-petit nombre. Cette immunité simultanée du quartier et de l'hôpital mérite d'être notée.

HÔPITAL NECKER. M. Laboulbène. — Influence cholérique marquée dès le commencement de septembre. Beaucoup de diarrhées venues du dehors ou déclarées dans les salles, combattues par l'opium ou les évacuants, selon les cas. Aucun cas de choléra intérieur.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE LA POLICE SANITAIRE DES ANIMAUX DOMESTIQUES, par J. REYNAL, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort, professeur de police sanitaire, etc., membre de l'Académie de médecine. Un volume in-8°. Paris, 1873. Asselin, libraire.

Excellent livre, je tiens à commencer par ces mots! Livre bien fait, intelligemment coor-

donné, et comme la compétence de son auteur ne peut être contestée, il est convenable et honnête d'en recommander la lecture à toutes les personnes, médecins, pharmaciens, vétérinaires, membres des Conseils d'hygiène et de salubrité, administrateurs qui, par fonctions habituelles ou par accident, sont appelés à donner leur avis ou à diriger des secours.

C'est avec grande raison que M. Reynal fait observer, dès la première page de son livre, qu'à aucune autre époque, la police sanitaire des animaux domestiques n'a offert un intérêt égal à celui qu'elle présente aujourd'hui.

En effet, la France, malgré sa richesse tant vantée et tant enviée, ne produit qu'un nombre insuffisant d'animaux nécessaires soit à l'alimentation, soit aux divers services.

Mais, phénomène économique très-digne d'attention, la production n'augmente pas, tandis que la consommation s'accroît dans des proportions considérables.

« Une telle situation, dit M. Reynal, impose aux uns l'obligation de perfectionner les races animales; aux autres, le soin de les préserver des maladies contagieuses; à tous, le devoir de chercher les moyens de prévenir le renchérissement de la viande, dont le prix croît avec les exigences de la consommation. »

C'est à la médecine vétérinaire qu'incombe une partie importante de cette tâche complexe. Aussi, le livre que M. Reynal soumet au jugement du public a pour but d'établir que les maladies contagieuses progressent d'une manière lente, mais continue, et qu'elles occasionnent annuellement à l'agriculture des pertes considérables, par suite de l'imperfection du système sanitaire en vigueur.

« La nécessité de changer ce système, ajoute M. Reynal, et de l'approprier aux besoins nouveaux de notre époque, est reconnue par tout le monde; j'ajouterai que la révision en est commandée par la situation économique dans laquelle la France se trouve placée.

« Les relations internationales que les chemins de fer ont créées, les débouchés nouveaux que la liberté commerciale a ouverts à l'importation des animaux étrangers, ont changé les conditions sanitaires des divers États de l'Europe occidentale. Anciennement, les grandes épizooties contagieuses ne sévissaient qu'à de rares intervalles, dans les pays éloignés des centres où elles prenaient naissance. C'est ainsi que la peste bovine n'était apparue en France qu'à la suite des guerres que notre pays eut à soutenir contre les puissances coalisées du nord de l'Europe; que la clavelée, que la fièvre aphtheuse, la péripneumonie, restaient autrefois cantonnées dans quelques régions isolées. Aujourd'hui, cet état de choses se trouve profondément modifié; le déplacement des animaux par grandes masses, leur transport rapide d'un lieu dans un autre, leur concentration sur les marchés, les renouvellements incessants qui s'opèrent dans les étables pour satisfaire aux besoins toujours croissants de la consommation publique, sont devenus des voies largement ouvertes à l'importation et à l'extension des maladies contagieuses. Il n'est pas jusqu'aux chemins de fer dont l'aménagement défectueux ne concoure à les entretenir et à les propager.

« S'il était besoin d'exemples pour appuyer cette proposition, je rappellerais que l'Angleterre ne connaissait ni la clavelée ni la fièvre aphtheuse avant que l'importation des animaux étrangers prît un plus grand développement par suite de l'abolition de la taxe qui les frappait à leur entrée; que les États-Unis d'Amérique, l'Australie, le cap de Bonne-Espérance, ont ignoré l'existence de la péripneumonie jusqu'à l'époque où le commerce international a introduit chez eux des animaux hollandais. »

Pour donner la mesure du danger auquel est exposé le bétail indigène, M. Reynal donne le chiffre considérable du bétail importé de l'Orient dans les États de l'Europe occidentale. Ainsi, en France, la statistique démontre que, pendant les seules années 1860, 1867, 1868, 1869 et 1872, notre pays a tiré de l'extérieur, pour les besoins de sa consommation :

Bêtes bovines.	1,028,070
Bêtes ovines.	6,573,052
Bêtes porcines.	906,847

Ces importations énormes doivent être surveillées et réglementées, puisqu'elles sont la source et l'origine de ces épizooties terribles qui portent la ruine dans les États.

Mais cette réglementation doit être prudente et intelligente, et le meilleur système sanitaire sera celui « qui conciliera, dans une juste mesure, les intérêts généraux du pays avec ceux de la police sanitaire. » Or, le problème est difficile à résoudre. Une police trop large expose le pays à des catastrophes; trop sévère, elle diminue l'approvisionnement de la principale denrée alimentaire, et entraîne des conséquences industrielles et économiques d'une grande importance. Car ce n'est pas seulement l'animal malade ou suspect qui est atteint par les mesures prohibitives, c'est encore les matières premières qui en proviennent et qui sont utilisées par de nombreuses industries, telles que les peaux, les suifs, les os, les laines, les crins, les cornes, etc.

M. Reynal estime que les mesures prohibitives contre les maladies contagieuses du bétail peuvent avoir pour effet, pendant tout le temps de leur durée, d'imposer au travail national une perte qui se chiffrerait pour cinq ans, d'après le tableau qu'il publie, par une somme de *deux milliards six cents millions cent dix-neuf mille cent quatre-vingt-seize francs.*

On voit, ainsi que nous l'avons fait remarquer si souvent, que toutes les grandes questions d'hygiène publique sont en même temps des questions d'économie politique et sociale, et combien était impossible et absurde cette délimitation imposée à la presse scientifique entre la science et l'économie sociale.

Après une savante *Introduction* dans laquelle M. Reynal fait valoir l'importance et l'utilité de la police sanitaire, expose son histoire et indique sa synonymie, il pénètre au cœur de son sujet et traite dans dix-neuf chapitres toutes les questions afférentes à l'hygiène publique dans ses rapports avec les animaux.

Les cinq premiers chapites, M. Reynal les a consacrés à ce qu'on peut appeler les généralités ou plutôt les questions générales du sujet, les caractères des maladies auxquelles s'applique la police sanitaire, l'infection et la contagion, les épizooties et les enzooties, la législation sanitaire et son histoire jusqu'à nos jours, les mesures générales et particulières de police sanitaire.

Dans les chapitres suivants, M. Reynal fait l'étude de chaque maladie en particulier, et en donne, dans autant de subdivisions, sa description pathologique, sa synonymie, sa définition, son historique, son étiologie, indique ses divers modes de contagion, et expose avec les plus grands détails sa police sanitaire.

C'est ainsi que M. Reynal traite successivement du typhus contagieux des bêtes à cornes, de la péripneumonie contagieuse, de la fièvre aphtheuse, de la clavelée, de la vaccine, des maladies charbonneuses, de la maladie du coït, de la phthisie tuberculeuse, de la morve et du farcin, de la gale, du piétin et de la rage.

Les deux derniers chapitres sont consacrés à l'étude de la désinfection et à un exposé sur l'inspection des viandes.

Enfin, dans un appendice, M. Reynal expose la législation sanitaire internationale en vigueur dans les principaux États de l'Europe.

Chacun de ces chapitres exigerait une analyse détaillée, car c'est un traité complet du sujet dont il traite. Les bornes de ce journal ne nous permettent pas cette extension. Disons seulement que chaque sujet y est traité à la fois scientifiquement et pratiquement, avec tous les développements que comporte la matière, que les opinions et les pratiques sont appréciées avec une grande indépendance, et que ce livre est l'œuvre d'un travailleur, aussi instruit qu'intelligent, et profondément versé dans les matières dont il traite.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 octobre 1873. — Présidence de M. Maurice Perrin.

Sommaire. — Double luxation congénitale de l'articulation coxo-fémorale ; absence des muscles fessiers et pyramidal. — Tumeurs lymphadénoïdes. — De la méthode et des appareils galvano-caustiques. — Lipome calcifié. — De la résection du coccyx dans l'opération de l'anus imperforé.

La commission, nommée dans la dernière séance pour examiner à nouveau la pièce présentée par M. Houel, a fait son rapport par l'organe de M. Guéniot. Nos lecteurs se rappellent peut-être qu'il s'agissait d'un fœtus presque à terme, né avec un *spina bifida* de la région sacrée, compliqué de luxation ou du moins de malformation double de l'articulation coxo-fémorale, d'absence des muscles fessiers et pyramidal, et de double pied-bot. C'était en ces termes que M. Houel avait fait la présentation de la pièce. On avait ensuite beaucoup discuté sur la question de savoir si la luxation congénitale était l'effet ou la cause de l'absence des muscles fessiers, lorsque M. Guéniot fit observer qu'il fallait d'abord s'assurer s'il y avait ou non luxation congénitale, dans le cas actuel, ce qui ne lui paraissait rien moins que démontré. Là dessus, on avait nommé une commission chargée d'examiner à fond la pièce de M. Houel. Or, cet examen a montré à la majorité de la commission qu'il n'y avait pas luxation congénitale. M. Guéniot pense, en outre, qu'il n'y a pas même malformation de l'articulation coxo-fémorale, ou que, si cette malformation existe, elle est très-peu accusée. La cavité cotyloïde et la tête fémorale ont leurs rapports normaux ; seulement la cavité cotyloïde est un peu moins profonde qu'à l'état normal, et la tête fémorale est un peu aplatie. La commission a, d'ailleurs, constaté, comme M. Houel, l'absence des muscles fessiers et du muscle pyramidal.

M. Houel n'a pas accepté le jugement de la commission ainsi formulé par M. Guéniot. Il a

persisté à soutenir qu'il s'agissait bien là d'une luxation congénitale. Il a fait observer que les luxations congénitales ne ressemblent pas aux luxations traumatiques. Sur sa pièce, on ne peut pas, dit-il, ne pas voir que la cavité cotyloïde est trop petite et la tête trop grosse, d'où impossibilité, pour celle-ci, de toucher le fond de la cavité ; c'est ce que tout le monde, a-t-il ajouté, appelle une luxation congénitale. — Malformation, oui, a répliqué M. Guéniot ; luxation, non ! C'est sur cette affirmation et cette négation que la discussion a été close.

Nous serait-il permis de rappeler à MM. les membres de la Société de chirurgie qu'ils ont laissé de côté un élément important du débat ? Il y a déjà longtemps que M. Jules Guérin à démontré, par une collection de pièces d'anatomie comparée, la relation qui existe entre les maladies des centres nerveux et les luxations congénitales, les malformations et les atrophies et les rétractions musculaires. C'est la maladie du système nerveux qui est la lésion primordiale dont dépendent toutes les autres. Ici donc, le *spina bifida*, qui a passé presque inaperçu et dont on n'a pas même tenu compte dans la discussion, serait la cause première qui a engendré la double luxation ou malformation de l'articulation coxo-fémorale, le double pied-bot, l'absence ou l'atrophie des muscles fessiers et pyramidal, enfin la rétraction des muscles fléchisseurs des membres inférieurs rendue évidente par la flexion forcée de ces membres sur le tronc du fœtus. C'est ainsi que les effets sont reliés à leur cause et que l'on a la clef de phénomènes qui, sans cela, restent inexpliqués et inexplicables.

— M. Félix Guyon, secrétaire général, a lu ensuite un mémoire de M. le docteur Heurtaux (de Nantes), membre correspondant, contenant deux observations de tumeurs qui se rattachent, par leurs caractères cliniques et microscopiques, à la classe des tumeurs lymphadénoïdes.

Après avoir décrit avec grand soin les deux tumeurs qu'il a eu l'occasion d'observer, et avoir établi les analogies et les différences qu'elles présentent avec diverses autres espèces de tumeurs, l'auteur ajoute :

« Quoi qu'il en soit, on ne peut cependant contester qu'il n'y ait une grande analogie entre les deux faits que je viens de rapporter et ceux qui, décrits antérieurement sous le nom de lymphadénomes cutanés, sont regardés comme constituant la lésion anatomique du *mycosis fongoïdes*.

En supposant que l'on ne veuille pas tenir compte de ma seconde observation, si l'on se borne à enregistrer la première, et si on la compare aux faits publiés précédemment, on peut de ce rapprochement tirer quelques conclusions qui sans doute seront plus tard profondément modifiées et complétées, à mesure que les faits se multiplieront, mais qui déjà, malgré leur insuffisance, offrent un certain intérêt :

1° Les tumeurs lymphadénoïdes sont caractérisées par un tissu qui tantôt rappelle complétement la texture normale des glandes lymphatiques (lymphadénomes proprement dits), et qui d'autres fois s'en éloigne notablement, à cause des grandes dimensions des cellules et des mailles du réticulum (tumeurs ou sarcomes lymphadénoïdes).

2° Ces productions ont une tendance toute particulière à se montrer dans la peau et les lymphatiques sous-cutanés.

3° L'ensemble de leurs caractères cliniques doit les faire rattacher aux tumeurs malignes.

4° Le fait clinique le plus saillant qui s'y rattache, c'est que, malgré la gravité des lésions, celles-ci peuvent disparaître par résolution, sans laisser aucune trace, et en l'absence de toute médication. Il est même probable que la résorption de ces tumeurs est très-fréquente, mais il est impossible de dire dans quelle proportion.

5° Toutefois, la résolution ne saurait être regardée comme une guérison définitive, attendu que de nouvelles tumeurs se produisent, soit au moment même où les précédentes disparaissent, soit plusieurs mois après.

6° Tôt ou tard, une tumeur plus volumineuse que les précédentes apparaît, ne se résorbe pas, continue de s'accroître, altère la santé générale et finit par entraîner la mort. »

— M. le docteur Bœckel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, membre correspondant de la Société de chirurgie, a fait une communication très-intéressante sur la galvano-caustique et a mis sous les yeux de ses collègues un appareil de ce genre auquel il a apporté d'utiles modifications et qu'il fait fonctionner devant l'assistance. Suivant lui, les appareils galvano-caustiques n'ont de raison d'être, en chirurgie, que par leur propriété de produire l'hémostase. Rappelant avec esprit le mot célèbre de M. Thiers, il a dit : « La galvano-caustique sera hémostatique ou elle ne sera pas. »

La condition essentielle de l'hémostase, dans l'emploi des instruments galvano-caustiques, réside dans l'agglutination des parois vasculaires. Il faut que les parois des vaisseaux que l'instrument galvano-caustique doit diviser soient préalablement comprimées et mises en contact. C'est pourquoi M. Bœckel préfère au couteau galvano-caustique l'anse coupante qui permet d'étreindre les tissus avant de les diviser.

Une condition essentielle du succès de l'opération par les instruments galvano-caustiques est d'avoir un courant gavanique que l'opérateur puisse graduer à volonté, augmenter ou diminuer, suivant le besoin. Dans l'appareil que M. Bœckel a fait fonctionner, une graduation parfaite du courant galvanique est obtenue à l'aide d'un modérateur, pièce métallique mobile, qui, en se rapprochant ou s'éloignant des pôles de la pile, augmente ou diminue l'intensité du courant, de manière à faire passer l'anse gavano-caustique par tous les degrés de chaleur, depuis le rouge le plus éclatant jusqu'au rouge sombre ou obscur. On peut également obtenir cette graduation au moyen de l'immersion plus ou moins complète des éléments de la pile dans le liquide où ils sont plongés.

Avec cet appareil, et grâce aux précautions qu'il vient d'indiquer, M. Bœckel a pu pratiquer des sections d'artères d'assez grand calibre et enlever des tumeurs d'un volume très-considérable sans répandre une seule goutte de sang.

Pour l'ablation des tumeurs pédiculées, ce chirurgien a imaginé un porte-ligature spécial qui rend la manœuvre de l'anse gavano-caustique beaucoup plus facile

M. Bœckel a appliqué l'anse galvano-caustique à la section du pédicule des kystes ovariques dans l'opération de l'ovariotomie. Il pense que les eschares produites par l'anse galvano-caustique peuvent être abandonnées dans la cavité péritonéale sans qu'il y ait lieu de craindre des accidents, grâce à la résorption physiologique qui s'empare de ces eschares.

M. Trélat a présenté quelques observations sur la communication de M. Bœckel et sur l'appareil galvano-caustique que ce chirurgien a mis sous les yeux des membres de la Société de chirurgie. M. Trélat s'est applaudi de se trouver en complète communion d'idées avec M. Bœckel sur les applications de la méthode galvano-caustique à la chirurgie et sur les conditions de son succès. Quant à l'appareil instrumental, tout en approuvant celui de M. Bœckel et le trouvant excellent pour atteindre le but que ce chirurgien s'est proposé, M. Trélat pense qu'avec des appareils plus petis, moins embarrassants, on peut arriver, avec moins d'exactitude et de rigueur mathématique, il est vrai, aux mêmes résultats. Du reste, dans son opinion, l'instrumentation galvano-caustique n'a pas dit son dernier mot; elle est destinée à subir des modifications ultérieures qui amélioreront encore son outillage et le perfectionneront.

Ainsi, grâce à la méthode galvano-caustique, la chirurgie est aujourd'hui en possession de cinq grands et puissants moyens de diérèse : le bistouri ou le couteau, l'écraseur linéaire, les caustiques chimiques, le fer rouge et, enfin, le galvano-caustique. Séance tenante, M. Trélat a fait fonctionner avec un plein succès, sous les yeux de ses collègues, un appareil galvano-caustique fabriqué par M. Trouvé et modifié par M. Onimus.

— M. Léon Le Fort a ensuite présenté une tumeur lipomateuse pédiculée de la cuisse, qu'il a récemment enlevée chez une vieille femme de 74 ans, et qui présente un des plus beaux exemples de transformation calcaire qu'il soit possible de rencontrer.

— M. Tarnier a terminé la séance en mettant sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique recueillie sur un enfant né à terme et pesant 3,500 grammes, qui présentait, outre une imperforation de l'anus, des symptômes qui avaient fait diagnostiquer une atrésie de l'œsophage. Le cathétérisme de l'œsophage n'ayant pas justifié ce diagnostic, M. Tarnier résolut de pratiquer l'opération de l'anus afin d'ouvrir une voie aux matières. Il fit une incision de 2 centimètres s'étendant jusqu'à la pointe du coccyx dont il réséqua 5 à 6 millimètres, suivant la méthode de M. Verneuil, pour faciliter la recherche du bout inférieur de l'intestin. Grâce à la résection du coccyx, M. Tarnier n'éprouva aucune difficulté à découvrir l'intestin dont il pratiqua immédiatement l'ouverture, et dont il unit la muqueuse à la peau à l'aide de quelques points de suture. Il s'écoula par cette ouverture une grande quantité de méconium ; l'enfant ayant uriné, en ce moment, M. Tarnier remarqua que l'urine était mélangée avec du méconium, ce qui lui fit penser qu'il existait une communication entre le rectum et la vessie.

L'enfant succomba au bout de 24 heures. A l'autopsie, on ne trouva aucune lésion qui fût de nature à expliquer la mort; il n'y avait pas trace de péritonite ; l'opération, chirurgicalement parlant, avait parfaitement réussi. En recherchant minutieusement la communication qui avait dû exister pendant la vie entre le rectum et les voies urinaires, il fut impossible de la découvrir. Évidemment l'ouverture de communication s'était oblitérée complétement dans les vingt-quatre heures. Enfin, il y avait communication entre la trachée et l'œsophage par une petite fissure, ce qui explique les symptômes qui avaient fait croire à l'existence d'une atrésie du conduit œsophagien.

La communication de M. Tarnier a donné lieu à quelques observations de MM. Guéniot, Trélat et Depaul. Ce dernier s'est élevé avec force contre la méthode de la résection du coccyx appliquée comme méthode générale à l'opération de l'anus imperforé, disant qu'elle était inutile dans l'immense majorité des cas et qu'elle pouvait être quelquefois nuisible. Ce n'est pas pour rien que la nature nous a donné un coccyx, et M. Depaul ne voit pas pourquoi

on retrancherait si facilement une portion de cet organe, cette résection n'étant nullement nécessaire, dans la plupart des cas, pour découvrir l'extrémité inférieure de l'intestin.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

FORMULAIRE

CRÈME POUR LES ENGELURES.

Savon médicinal	10 grammes.
Glycérine.	10 —
Extrait d'opium.	20 centigrammes.
Extrait de ratanhia.	1 gramme.

F. s. a. un mélange avec lequel on graissera, le soir, les doigts gonflés et rougis par les engelures. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 28 OCTOBRE 1786.

Claude-Esprit Thion de La Chaume, natif de Paris (1750), meurt à Montpellier, après avoir successivement rempli les places de médecin de l'hôpital militaire de Monaco, médecin de l'hôpital militaire d'Ajaccio (1778), premier médecin du corps de troupes destiné à faire le siége de Minorque, médecin par quartier du comte d'Artois. — A. Ch.

COURRIER

FHCULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les cours d'hiver de la Faculté (année scolaire 1873-1874) auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 4 novembre :

Pgysique médicale (les mercredis, vendredis, à midi). — M. Gavarret : Physiologie générale. — L'électricité, l'optique. — (Les lundis, à cinq heures, petit amphithéâtre) : Physique biologique — Étude des éléments chimiques de l'atmosphère. — Rapports des êtres vivants avec l'atmosphère.

Pathologie médicale (les lundis, mercredis, vendredis, à trois heures). — M. Axenfeld, suppléé par M. Damaschino, agrégé.

Anatomie (les lundis, mercredis, vendredis, à quatre heures). — M. Sappey : Le système nerveux central. — Les organes des sens. — Les appareils de la digestion, de la respiration, de la sécrétion urinaire et de la génération.

Pathologie et thérapeutique générales (les lundis, mercredis, vendredis, à cinq heures). — M. Chauffard : État des forces. — Thérapeutique générale.

Chimie médicale (les jeudis, samedis, à midi). — M. Wurtz : Chimie générale. — (Les mardis, à quatre heures, petit amphithéâtre) : Chimie biologique. — Étude chimique des sécrétions.

Pathologie chirurgicale (les mardis, jeudis, samedis, à trois heures). — M. Dolbeau : Maladies chirurgicales de l'appareil digestif.

Opérations et appareils (les mardis, jeudis, samedis, à quatre heures). — M. Léon Le Fort : Opérations générales. — Thérapeutique des maladies des artères, des os, des articulations.

Histologie (les mardis, jeudis, samedis, à cinq heures). — M. Robin : Des tissus et des systèmes anatomiques à l'état normal et à l'état pathologique (2e partie du programme).

Histoire de la médecine et de la chirurgie (les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures, petit amphithéâtre). — M. Lorain : Les méthodes d'observation dans l'antiquité et dans les temps modernes. — Origines et modes de propagation de certaines maladies épidémiques. — Géographie médicale.

Clinique médicale (tous les jours, le matin, de huit heures à dix heures). — M. Bouillaud, suppléé par M. Brouardel, agrégé à la Charité : M. G. Sée, à la Charité; M. Béhier, à l'Hôtel-Dieu; M. Lasègue, à la Pitié.

Clinique chirurgicale (tous les jours, le matin, de huit heures à dix heures). — M. Richet, à l'Hôtel-Dieu; M. Gosselin, à la Charité; M. Verneuil, à la Pitié; M. Broca, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté.

Clinique d'accouchements (tous les jours, le matin, de huit heures à dix heures. — M. Depaul, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES.

Maladies des enfants (les lundis, jeudis, samedis, à huit heures et demie). — M. H. Roger, à l'hôpital des Enfants.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le succès des deux premières sessions de l'Association française à Bordeaux et à Lyon, dont nous avons rendu compte, est une garantie pour les congrès suivants ; aussi diverses villes, parmi lesquelles nous citerons Toulouse, le Havre, la Rochelle, ont-elles dès à présent adressé des invitations pour les prochaines réunions (nous ne parlons pas de l'année 1874, l'assemblée générale ayant décidé que l'Association se réunirait à Lille). La ville de Nantes, désireuse de s'assurer pour 1875 la réunion de l'Association, a fait dès à présent des *offres réelles* : le conseil municipal a voté une somme de 10,000 francs pour la tenue du congrès, si le choix de cette ville est accepté par l'assemblée générale de 1874 ; il est entendu que les frais de réception seront en dehors de cette somme. D'autre part, le conseil général a émis un vœu favorable et s'est engagé moralement à voter les fonds nécessaires, le cas échéant.

Il importe de signaler ce fait, que c'est sur les instances de la Société académique de la Loire-Inférieure que ces décisions ont été prises ; nous rappellerons que cette Société est la première qui ait souscrit comme membre de l'Association. Disons enfin que le président était alors un de nos excellents confrères, M. le docteur Laennec, et félicitons-nous de voir combien les médecins et chirurgiens s'intéressent en général aux succès et au développement de l'Association française.

ÉCOLE DE MÉDECINE ANGLAISE. — D'après un rapport de l'inspecteur du gouvernement pour les Écoles de médecine de la métropole, M. Ch. Hawkins, le nombre des élèves suivant les cours s'est notablement accru : il était l'année dernière de 1,496 ; il est cette année de 1,623. L'École attenante à l'hospice de San Bartolomew compte 100 élèves nouveaux ; l'École de Guy en compte 93, mais cette dernière est de beaucoup la plus importante, puisqu'elle compte en tout 314 élèves. San Bartolomew en compte 274 ; University-College 269, dont 66 nouveaux ; Saint-Thomas 181, dont 53 nouveaux ; King's College 141, dont 45 nouveaux, the London 116, dont 37 nouveaux ; Saint-George 114, dont 34 nouveaux ; the Middlesex 80, dont 37 nouveaux ; Santa-Mary 65, dont 21 nouveaux ; Charing-Cross 41, dont 13 nouveaux ; Westminster 27, dont 12 nouveaux. C'est un total de 511 élèves nouveaux ; c'est 35 de plus que l'année dernière. Indépendamment des étudiants, il y a un assez grand nombre de personnes qui suivent les cours de médecine, sans prendre d'inscriptions ; ce sont spécialement celles qui préparent leurs examens pour faire partie du Royal College of Surgeons (collége royal des chirurgiens). (*Times.*)

— On a signalé de Nice, au *Journal des Débats*, la découverte récemment faite d'un troisième squelette d'homme des cavernes par M. Rivière, qui a, on se le rappelle, envoyé au Muséum de Paris le premier sujet de cette espèce (troglodyte), qu'il a mis à jour en 1871, dans une des grottes dites Baoussé-Roussé, voisines de la ville de Menton.

Le squelette nouveau, disent les *Débats*, à en juger par les instruments nombreux qui l'entouraient, — nous devrions dire qui l'entourent, car il repose encore sur le terrain même où il a été découvert, et où il est l'objet de fréquentes visites de la part des savants, — ce squelette remonterait à une époque bien plus reculée que celle qui a été assignée au squelette que l'on voit au Muséum de Paris.

Ainsi, les armes et autres objets trouvés avec le squelette, qui sont en silex et en os, ne sont pas de l'âge de la pierre polie. Ils sont simplement taillés et caractérisent, par leur ébauche grossière, l'époque bien antérieure dite paléolithique. Ce sont des racloirs, des grattoirs, des pointerolles, des poinçons, des pointes de flèches ou de lances, des lames, etc. Puis, sur la partie supérieure du squelette, des quantités innombrables de petits coquillages troués, ayant servi à former quelque collier ou un ornement quelconque, comme des bracelets.

Le squelette, recomposé aussi complétement que possible par M. Rivière, gît sur la terre cendrée qui le soutient, depuis des milliers d'années, au centre de débris énormes de roches jurassiques et dans une faille de forme vraiment curieuse, au pied de laquelle viennent se briser les flots de la Méditerranée.

Les nombreux amateurs de montagnes et de déchirures volcaniques admirent ce site excentrique où sont venus camper, vivre et mourir des peuplades émigrant du nord, du sud, de l'Asie, que sait-on ?

Ces cavernes des Baoussé-Roussé (roches rouges), sont situées en terre italienne, à 4 kilomètres de Menton, ville française, et à 8 kilomètres de Vintimiglia.

Au-dessus d'elles passe la route célèbre de la Corniche, qui de Nice se dirige vers Gênes. A

leur pied circule un sentier qui correspond à l'ancienne voie Aurélienne, *via Aurelia*, du nom de *Lucius Aurelius Cotta*, qui fut consul avec *Servius Sulpitius Galba*, l'an 699 de Rome.

C'est l'une des voies principales par lesquelles les Romains s'ouvrirent un chemin vers les Gaules, longeant les côtes de la mer Tyrrhénienne. Non loin du trophée sur lequel est étendu un squelette de l'homme des cavernes, se développent des vestiges très-bien conservés de la voie romaine avec sa largeur normale.

Les ossements d'animaux abondent dans ces grottes ; ils sont antérieurs à l'homme. Ce sont : *ursus spelæus*, le grand ours ou l'ours des cavernes ; *hyæna spelæa*, la hyène des cavernes ; *canis lupus*, le loup ; *canis vulpes*, le renard ; *bos primigenius*, le bœuf primitif ; *capra primigenia*, la chèvre primitive ; plusieurs espèces de cerfs, puis des restes d'oiseaux appartenant au genre *falco*, aigle de grande taille.

Aucun fragment de poterie, aucun objet en bronze ou autre métal n'a jamais été trouvé aux Baoussé-Roussé de Menton.

— Un correspondant du *Journal de Monaco* lui adresse les détails suivants sur l'anatife :

L'anatife, *anatifa lævis* (anatife léger), est ainsi appelé de deux mots latins : *anas*, canard, et *fero*, je produis, parce que c'est une croyance populaire assez répandue que cet animal n'est autre que l'œuf d'une espèce du genre canard, et quelques pêcheurs ont tant de confiance dans cette fable qu'ils affirment avoir entendu des cris confus sortir de ces prétendus œufs.

La classification de l'anatife est assez difficile pour que les naturalistes ne soient pas encore complétement d'accord sur la place qu'il doit occuper dans l'échelle des êtres animés. Quelques-uns le comprennent dans l'embranchement des animaux mollusques, parmi les multivalves, c'est-à-dire parmi ceux dont le test ou coquille est composé de plusieurs pièces. D'autres, au contraire, le font entrer dans l'embranchement des animaux articulés, classe des crustacés, ordre des cirropodes.

Quoi qu'il en soit, cet étrange animal vit sur les rochers ou sur les débris flottants des navires naufragés. Il est fini par un pied ou pédicule de quelques centimètres de longueur, qui ne lui permet que des mouvements sur place. Les pièces calcaires qui protégent le corps sont susceptibles de s'écarter, et ces mouvements, très-imparfaits, comme ceux du pédicule, sont dépendants de la volonté de l'animal. Celui-ci se nourrit d'infusoires ou animaux microscopiques, qu'il saisit à l'aide de ses cirres, organes articulés et ciliés, au nombre de 12, disposés longitudinalement sur deux rangs.

L'anatife est privé de la possibilité de se déplacer, il est hermaphrodite.

Les jeunes anatifes diffèrent de leurs parents par un œil unique et très-gros, situé au milieu du front, et parce qu'ils n'ont point de pédicule. Cette conformation particulière leur permet de nager librement à l'aide de leurs nageoires, qui sont très-mobiles. Ils présentent donc dans leur ensemble le singulier phénomène d'une larve plus compliquée que l'animal parfait en lequel elle se transformera.

— La ville de Salisbury doit à un excellent système de canalisation, à une distribution d'eau abondante et à des mesures hygiéniques intelligentes une grande amélioration dans la santé publique. La mortalité, qui, il y a vingt ans, était de 26 p. 1,000 dans cette ville, est descendue actuellement, et depuis plusieurs années, à 10 p. 1,000. (*Gazette de Cologne.*)

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 24 octobre on a constaté 815 décès, savoir :

Variole, 0 décès ; — rougeole, 14 ; — scarlatine, 1 ; — fièvre typhoïde, 41 ; — érysipèle, 4 ; — bronchite aiguë, 19 ; — pneumonie, 32 ; — dysenterie, 7 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 17 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 54 ; — angine couenneuse, 2 ; — croup, 9 ; — affections puerpérales, 2 ; — affections aiguës, 229 ; — affections chroniques, 288 (dont 129 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 72 ; — causes accidentelles, 24.

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 12 au 18 octobre : 1,283 ; variole, 0 ; rougeole, 55 ; scarlatine, 18 ; fièvre typhoïde 22 ; érysipèle, 12 ; bronchite, 5 ; bronchite, 139 ; pneumonie, 79 ; dysenterie, 1 ; diarrhée, 30 ; choléra nostras, 2 ; diphthérie, 5 ; croup, 14 ; coqueluche, 31.

ROME. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 6 au 12 octobre : 167. Variole, 2 ; rougeole, 0 ; fièvre typhoïde, 6 ; érysipèle, 1 ; bronchite, 5 ; pneumonie, 17 ; diphthérie, 2 ; croup, 3.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

S'il est curieux, il n'est guère édifiant de voir des partisans autorisés et des zélateurs empressés de la méthode expérimentale ne se montrer d'accord ni sur les principes, ni sur les faits, ni même sur les voies et moyens de l'expérimentation. C'est le spectacle que donnent aujourd'hui au monde savant deux expérimentateurs les plus autorisés, MM. Davaine et Colin. Dans un mémoire très-étendu, et dont la lecture n'a pas exigé moins de trois séances, M. Colin a pris à partie les expériences de M. Davaine sur la septicémie, et a critiqué la méthode, l'instrumentation, les réactifs employés par son savant confrère, dont il a discuté et contrôlé les résultats.

Dans la dernière séance, M. Davaine est venu se défendre contre ces attaques que, naturellement, il trouve peu fondées. Le débat n'est pas clos, M. Colin ayant retenu la parole pour une séance ultérieure.

M. Delpech a donné de bonnes nouvelles du mouvement du choléra, dont la période décroissante s'est accentuée dans la semaine dernière.

Ce n'est pas une raison pour arrêter la discussion commencée. M. Chauffard, ainsi que nous l'avions annoncé, a prononcé un très-beau discours exclusivement consacré à la pathologie du choléra, et spécialement sur ce thème qu'il a discuté de la façon la plus brillante : Le choléra épidémique n'est pas le choléra sporadique.

Nous n'avons pas à analyser ce discours que M. Chauffard soumet à nos lecteurs et que nous publions aujourd'hui.

Ce discours ayant eu pour principal objectif les opinions de M. J. Guérin, cet ardent confrère s'est fait inscrire pour répondre à M. Chauffard; mais, dans quelques mots prononcés avec une grande animation, il s'est justifié de deux opinions absolues qu'on lui prête et que, a-t-il dit, il n'a jamais professées.

Ainsi, jamais il n'a soutenu que le choléra fût toujours précédé de la diarrhée prémonitoire; il admet des exceptions, mais il affirme et il prouve, par les nombreux relevés faits surtout en Angleterre, que la diarrhée prémonitoire est le fait le plus général.

M. J. Guérin n'a jamais dit qu'en soignant la diarrhée prémonitoire on arrêtait infailliblement l'explosion du choléra; M. Guérin a soutenu que lui, par le traitement qu'il a institué, obtenait ce résultat, ce qui est bien différent.

Mardi, l'Académie entendra MM. Jolly et Hervieux.

CONSTITUTION MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES

1866—1873

Sixième note, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 24 octobre 1873,

Par M. Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

HÔPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU. M. Champenois. — Observations et autopsies, du 8 au 15 octobre :

Deux militaires du 101e sont encore venus de Courbevoie :

Br..., avec trois jours de diarrhée antérieure et une atteinte au deuxième degré, qui n'a pas fait de progrès.

Bl..., pris brusquement la veille (le 9), de vomissements et de selles caractérisques, n'est arrivé que le 10, à onze heures du matin, au quatrième degré; un cadavre en pleine cyanose; poitrine boursouflée, ventre enselle jusqu'au rachis, avec douleur térébrante à l'épigastre. Une action continue n'a fait que prolonger l'agonie et retarder la mort jusqu'à huit heures du soir.

Le 11, Le N..., du 101e, entré le 6 pour un érysipèle de la face, était apporté à la salle réservée au troisième degré. La veille, il avait eu quelques selles, dont il n'avait pas parlé. La

chute du pouls et de la température avait été considérée au premier abord, par le médecin traitant, comme symptôme de défervescence.

Ce n'était que le prélude de l'algidité et de la disparition du pouls.

Le 12, à onze heures du soir, il succombait dans un état de cyanose tellement foncée qu'elle semblait noire.

L'*autopsie* de Bl... n'a présenté de caractéristique que l'abondance de la *psorentérie* dans l'iléon et le gros intestin; que sa confluence au voisinage de la valvule iléo-cœcale dans le petit intestin.

Le cerveau, la face postérieure du cœur, l'estomac étaient parsemés de points et de petites plaques ecchymotiques.

Le foie, d'apparence graisseuse, marbré en fauve plus clair, dense, résistant, pesait 1 kilogr. 340 gram. et mesurait 25 centimètres dans son plus grand diamètre, 17 dans le petit.

La vésicule était pleine d'une bile foncée, épaisse.

La rate, longue de 10 centimètres, ne pesait que 170 grammes. Les reins 135 grammes.

Les cavités droites du cœur étaient pleines d'un sang à demi coagulé et de tractus fibrineux.

Chez Len..., la *psorentérie* était simplement disséminée; mais l'intestin était fortement injecté en larges bandes.

La réduction du cerveau, du foie, de la rate, des reins, était moins avancée; les ventricules cérébraux contenaient un peu de sérosité; l'engouement pulmonaire était plus humide; les plèvres adhéraient par places. Les cavités droites du cœur étaient gorgées de sang noir à demi-coagulé autour d'un fort caillot fibrineux, jaunâtre, enchevêtré dans les colonnes. A gauche, le même sang en plus petite quantité, sans tractus fibrineux.

Le 15, un cas s'est manifesté chez un convalescent de diarrhée, à l'hôpital depuis quelques jours, venu du 101e de ligne (Courbevoie). L'atteinte est légère.

Un autre militaire du même 101e, ayant huit mois de service, a passé de l'état cholérique à l'état typhoïde, et a succombé.

HÔPITAL MILITAIRE SAINT-MARTIN. M. le docteur Cabrol. — Mois d'octobre.

3 cas de choléra. Les 14, 17 et 19 octobre, 1 cas de cholérine; 1 cas de choléra grave, et 1 cas de choléra foudroyant, mortel, chez un infirmier.

HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE. M. le docteur Kelsch, professeur agrégé. — Observations et autopsies du 8 au 23 octobre :

« L..., 29 ans, garde républicain. Caserne des Célestins. Entré le 14 octobre; cas léger. Convalescent le 18.

V..., 89e de ligne. Caserne de Reuilly. Tombé malade le 17 octobre. Décédé le 24.

G..., 22 ans, 115e de ligne. Caserné à Reuilly depuis le 17 octobre. Dysenterie il y a trois mois; depuis, sujet à la diarrhée. En était atteint depuis deux jours quand, le 21 octobre, se sentant une forte soif le matin, il but de l'eau froide en quantité immodérée. Aussitôt après, coliques, crampes, évacuations aqueuses par haut et par bas.

Admis dans mon service le 21. Symptômes cholériques depuis cette époque, peu intenses toutefois. Est encore en traitement.

B..., 22 ans, 115e de ligne. Campé à Villeneuve-l'Étang pendant l'été; n'est rentré à la caserne de Reuilly que depuis le 17. Depuis cette époque, il avait de la diarrhée. Le 22 au matin, redoublement des selles, coliques, crampes très-douloureuses, vomissements.

Admis dans mon service le 22. Est encore en observation actuellement. »

Quand l'observation de ces deux malades sera complète, il en sera donné un résumé succinct. Pour le moment, M. Kelsch se borne à signaler, chez l'un et l'autre, la coïncidence entre le développement de la diarrhée et le retour à la caserne de Reuilly. Il mentionne en outre, dès maintenant, au point de vue clinique, qu'il y a des signes d'une néphrite catarrhale assez intense chez ces deux malades; les urines, rares, sont très-albumineuses, et renferment tous les produits histologiques de la desquamation épithéliale des tubuli.

Fièvre typhoïde à forme thoracique durant depuis quinze jours. — Invasion subite de symptômes cholériformes. — Mort au bout de quelques heures.

« D..., 18 ans. Service de M. Léon Colin. Mort le 9 octobre.

Autopsie trente-six heures après la mort. (Temp. extér. 14°6.)

Cerveau : Méninges congestionnées; cavités arachnoïdiennes remplies de liquide. La substance grise a une teinte rosée très-nette; piqueté rouge très-confluent dans la substance blanche. Pas de liquide dans les ventricules. Consistance normale du tissu cérébral.

Thorax : Adhérences vieilles, fermes, soudant la totalité des deux poumons à la plèvre pariétale correspondante.

Dans les néo-membranes du sommet gauche, suffusion sanguine noire. Sur le bord antérieur du poumon, et même sur la surface externe des lobes, emphysème sous-pleural sous forme de bulles disposées par traînées et figurant assez bien la disposition ramifiée des vaisseaux. Du reste, les vestiges de ces derniers sont attestés par du pigment noir.

Le parenchyme pulmonaire présente quelques rares noyaux de pneumonie lobulaire; au sommet gauche, trois infarctus rouges, chacun du volume d'une aveline environ.

Bronchite suppurée très-intense; épaississement, rougeur, et points ecchymotiques de la muqueuse bronchique.

Cœur : Adhérences générales de la face externe du péricarde avec les faces pulmonaires correspondantes. Parois du cœur flasques, surtout celles de droite. Les parois du cœur gauche sont moins dures, moins contractées que dans mes deux autopsies de cholériques antérieures. Cela tient à ce que, ici, la fibre musculaire a subi la dégénérescence granuleuse des fièvres graves. Caillots ambrés dans le cœur droit. Cœur gauche vide.

Abdomen : Le paquet intestinal forme une masse compacte, tassée contre la colonne vertébrale; les anses sont d'une teinte rose lilas due à une congestion assez vive: le péritoine a perdu son aspect luisant : il est enduit d'une matière visqueuse très-ténue, qu'on ne distingue bien qu'en isolant deux anses intestinales voisines; on reconnaît alors qu'elles *happent* l'une à l'autre.

Estomac : Muqueuse plissée, maculée de points rouges au sommet des replis.

Les valvules du duodénum et du jéjunum paraissent un peu gonflées, rouges lie de vin, surtout à la partie supérieure. Dans les 4 derniers mètres de l'intestin grêle, on rencontre successivement cinq à huit plaques de Peyer gonflées, puis une dizaine d'ulcérations irrégulières, à bords déchiquetés, taillés à pic, relevés en bourrelet; le fond en est très-profond; la musculaire est généralement entamée; pas de perforation toutefois. La dernière partie de l'iléum est presque complétement détruite. On n'y voit qu'un immense ulcère sur lequel on rencontre encore quelques îlots de muqueuse infiltrés. Dans les 2 mètres 1/2 de l'intestin grêle, en outre des altérations précédentes, psorentérie fine très-confluente, telle qu'on l'observe si fréquemment dans le choléra.

Le gros intestin est rouge; les follicules clos sont proéminents sur la muqueuse; presque tous ces follicules sont entamés à leur centre.

Le *foie* est adhérent au diaphragme; son parenchyme est ferme; les acini sont très-nets sur la coupe; réplétion des origines de la veine sus-hépatique. La veine porte paraît vide.

La *rate* est un peu plus volumineuse que d'habitude (une fois et demie son volume normal). Tissu ferme. Les grains de Malpighi se voient très-nettement sur la surface d'une déchirure.

Reins : Rougeur très-vive des pyramides. En pressant sur les papilles, on en fait sourdre une gouttelette crémeuse dans laquelle le microscope montre de nombreux cylindres épithéliaux et amorphes, de l'épithélium libre et des globules rouges (néphrite catarrhale). »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 octobre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu *négatif* des maladies épidémiques dans les départements du Lot, de la Corrèze, de la Côte-d'Or et de l'Indre pendant l'année 1872.

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1872 dans les départements de la Loire-Inférieure, de l'Isère, de la Creuse et du Nord. (Com. des épidémies.)

3° Le rapport de M. le docteur Bignon, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Laurent, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1873. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Danet, Latapie et Romanowski, sur le choléra. (Com. du choléra.)

2° Une observation de *grossesse extra-utérine*, par le docteur Langlois, du Puy-en-Velay. (Com. MM. Devilliers et Tarnier.)

3° Deux plis cachetés adressés par M. le docteur Curie. (Acceptés.)

M. Dolbeau présente, de la part de M. le docteur Houzé de l'Aulnoit (de Lille), une brochure intitulée : *Étude historique et clinique sur les amputations sous-périostées.*

M. Gubler présente, au nom de M. le docteur Laissus fils, médecin à Moutiers, une brochure intitulée : *Les eaux thermales purgatives de Brides-les-Bains, près Moutiers.* (Savoie.)

M. Devilliers dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Favre, intitulée : *Réforme des employés de chemins de fer affectés de daltonisme.*

M. Ch. Robin présente, au nom de M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux), une brochure intitulée : *De nos institutions d'hygiène publique et de la nécessité de les réformer.*

—

M. Delpech présente le tableau de la situation du choléra, du 21 au 27 octobre inclusivement :

	Hôpitaux civils.			Hôp. mil.	Domicile	Totaux
	Entrées.		Décès.	Décès.	Décès.	des décès.
21 octobre. .	7 (dont	1 intér.)	2	0	3	5
22 —	7	3	2	0	2	4
23 —	1	0	0	0	4	4
24 —	3	1	3	1	2	6
25 —	5	2	2	0	1	3
26 —	4	0	1	0	0	1
27 —	4	0	3	0	1	4
Total. . . .	31	7	13	1	13	27

« Il résulte de ce tableau que le mouvement de l'épidémie cholérique est en pleine décroissance. Le chiffre total de la semaine commencée le 14 octobre était de 57 décès. Il s'est abaissé à 27; soit une diminution de 30 décès, c'est-à-dire de plus de moitié.

Cette diminution porte sur tous les chapitres de la mortalité générale pour le choléra, à une seule exception près pour les hôpitaux militaires, qui, tout à fait indemnes il y a huit jours, ont enregistré 1 décès cette semaine.

Il n'est entré dans les hôpitaux civils que 34 cholériques venus de l'extérieur, au lieu de 45; 7 attaques se sont montrées dans la population hospitalière, c'est-à-dire 3 de plus que la semaine précédente.

Mais la mortalité des hôpitaux civils n'a été que de 13 morts au lieu de 22; 13 décès ont été aussi constatés à domicile; mais, comparé au nombre 35 qui était celui de la dernière statistique, ce chiffre représente une diminution de 22 décès, c'est-à-dire de beaucoup plus de la moitié et presque des deux tiers.

Les trois derniers jours n'ont donné en tout que 2 décès à domicile, 1 le 25 et 1 le 27.

Le 23 il n'y en avait pas eu un seul dans les hôpitaux civils, et aucun cas intérieur ne s'était développé.

En résumé, la situation est très-satisfaisante et l'on est en droit d'affirmer d'une manière presque certaine que, à quelques oscillations près qu'il faut toujours prévoir dans la marche des épidémies, celle qui nous a atteints va suivre une marche progressivement décroissante. La saison à laquelle nous sommes arrivés, l'observation des faits qui se sont produits dans les lieux précédemment atteints, semblent en donner la garantie formelle.

Telle qu'elle est d'ailleurs, réduite à une moyenne de moins de 4 décès par jour pour les sept jours qui viennent de s'écouler, elle a cessé d'être une cause sérieuse de préoccupation. »

—

M. Ségalas donne des nouvelles rassurantes sur la santé de M. Piorry, qui avait subi dans ces derniers temps une assez sérieuse atteinte.

M. le Président annonce que M. le docteur Lecadre (du Havre), membre correspondant, assiste à la séance.

—

M. Davaine donne lecture des observations qu'il a demandé à présenter au sujet du mémoire lu à l'Académie par M. Colin. Il ne se propose pas d'examiner ou de critiquer les expériences de M. Colin, il veut simplement relever quelques assertions erronées et remettre dans leur vrai jour quelques questions.

M. Colin a reproché à M. Davaine : 1° de s'être borné à étudier les phénomènes de la septicémie sur une seule espèce animale; 2° de s'être servi d'un instrument défectueux dans la pratique de ses inoculations; 3° d'avoir pris à tort, dans le lapin, le sujet le plus mal choisi pour l'étude des altérations du sang.

M. Davaine répond : 1° qu'il a expérimenté sur des espèces très-nombreuses : lapin, cobaye,

rat, souris, mouton, dindon, poule, pigeon; 2° que la seringue de Pravaz est de beaucoup préférable à la lancette, instrument dont M. Colin s'est servi dans toutes ses expériences; 3° que le lapin ne doit pas être un animal aussi mal choisi que le prétend M. Colin, puisque ce dernier l'a précisément choisi pour sujet dans les expériences les plus délicates, et particulièrement dans celles où il recherchait l'action des produits volatils émanant des sujets septicémiques.

M. Davaine reproche ensuite à M. Colin de s'être servi d'une forme impersonnelle dans la critique des travaux et des savants qu'il a attaqués, et, de plus, d'avoir négligé toute indication historique de ces travaux, contrairement à tous les usages scientifiques. Il montre que la question de la septicémie, ainsi que celle des maladies charbonneuses, a marché et progressé depuis quarante ans, et que diverses notions importantes relatives à ces sujets ont été acquises à la science, grâce à ces travaux, notions dont M. Colin n'a pas cru devoir tenir compte.

M. Davaine montre ensuite, par diverses citations tirées du mémoire de M. Colin et de ses propres travaux, que son contradicteur est d'accord avec lui sur diverses questions, dans lesquelles il prétend cependant être arrivé à des conclusions différentes; ainsi, relativement: 1° à l'impressionnabilité variable des diverses espèces animales à la septicémie expérimentale; 2° à la transmission de la septicémie au lapin, à doses infinitésimales; 3° au caractère particulier des corpuscules rouges du sang de se dépouiller facilement de leur matière colorante par la putréfaction et par la septicémie; 4° à l'influence de la putréfaction pour faire perdre sa virulence au sang septicémique; sur tous ces points, les conclusions de M. Colin sont identiques à celles déjà émises par M. Davaine.

Enfin, M. Davaine n'a pas dit, comme le prétend M. Colin, que tous les animaux inoculés avec du sang putréfié ou septicémique constituaient la septicémie. Il a dit simplement que tous les animaux septicémiques doivent donner la septicémie au lapin, qui devient le *réactif* de cette affection; mais il n'a nullement prétendu que la réciproque fût vraie.

Quant à la théorie de la septicémie, qui a été si mal accueillie par M. Colin, M. Davaine déclare qu'il n'y attache pas une grande importance. Il lui suffit que de cette théorie soit sortie l'indication de prendre le lapin comme réactif de la septicémie, indication dont M. Colin lui-même a si bien su profiter.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra. La parole est à M. Chauffard.

M. Chauffard : Messieurs, je partage sur la genèse du choléra épidémique les doctrines émises par la Conférence internationale de Constantinople, et adoptées par notre respecté collègue, M. Barth, auteur du rapport sur les épidémies des années 1854 et 1865. Ces doctrines, portées à cette tribune par le savant rapporteur de la Conférence internationale, M. Fauvel, n'ont point été entamées par la discussion, et je ne viens pas directement à leur secours. Elles reposent sur un si puissant ensemble de faits, qu'elles me paraissent à l'abri de tout ébranlement, et ce sera comme une nouvelle démonstration en leur faveur, qu'elles n'aient pu être attaquées en face. Si cette attaque eût été possible, elle aurait eu lieu; l'habileté du tacticien consommé qui a inauguré ces débats m'en est un sûr garant.

Au lieu de prendre corps à corps ces doctrines, M. Jules Guérin a exposé l'évolution, l'embryogénie du choléra telle qu'il la conçoit, et il a pensé que cet exposé suffisait. Il a cru qu'en établissant par de laborieuses ou d'ingénieuses déductions la spontanéité du choléra épidémique, qu'en montrant par de subtiles interprétations comment se constituent peu à peu, et éclatent enfin les épidémies cholériques, il a cru, dis-je, réfuter par cela même la doctrine de l'importation du fléau, et il a dédaigné une réfutation qui s'attacherait à l'étude directe des grands mouvements d'importation et de marche par étapes successives de la maladie.

Ce mode de procéder, M. Jules Guérin avait le droit de le choisir. Il se délivrait ainsi de la charge accablante des faits contraires; il saisissait, par contre, l'occasion de dogmatiser librement, et d'opposer ses conceptions dogmatiques à la longue suite de documents réunis par la Conférence de Constantinople, laquelle n'a fait que traduire et préciser le fond commun des opinions acceptées par l'immense majorité des médecins. Mais on pourrait retourner contre M. Jules Guérin ce mode d'argumentation, et cela avec d'autant plus de raison que, en pareille matière, les faits prévalent toujours, et l'emportent sur le dogmatisme le plus captieux. Les faits d'importation sont là, et nous pressent, nombreux, patents, inéluctables : qu'importe contre eux une prétendue embryogénie cholérique établissant une prétendue spontanéité? Embryogénie et spontanéité demeurent de vaines imaginations contre la brutalité de faits qui ont pour témoin et garant l'Europe scientifique tout entière.

Cependant, les opinions émises par notre savant collègue ont leurs racines; elles semblent se nourrir des principaux faits cliniques fournis par l'histoire du choléra, et, à ce titre, elles font impression sur certains esprits. Il est donc bon d'interroger ces faits, de redresser les

interprétations systématiques sous lesquelles quelques médecins les envisagent. Qu'il me soit permis de le dire, on se tient trop souvent à la surface des faits cliniques dans l'étude du choléra ; on s'abandonne trop aisément à des rapprochements superficiels ; on fonde des analogies et des similitudes réelles sur d'éphémères apparences, livrées non par la maladie tout entière, mais par un moment de la maladie. C'est sur des opinions aussi faiblement instituées que repose la doctrine de la spontanéité du choléra. En pénétrant au cœur de la pathologie de l'affection cholérique, on voit tomber ces rapprochements fictifs, ces conclusions vacillantes. Tel est le but que je me propose ; je voudrais séparer le choléra épidémique de toutes les parentés controuvées, de toutes les affinités parasites, sous lesquelles on obscurcit sa race et son espèce. Sa vraie nature en ressortira plus claire et plus sérieusement affirmée.

L'observation nous montre le choléra épidémique sous deux formes principales : à l'état de choléra confirmé, algide, cyanique, asphyxique ; et à l'état de diarrhée cholérique, que je n'appellerai pas un choléra incomplet, ni ébauché, ni prémonitoire, car toutes ces qualifications manquent de justesse ; la diarrhée cholérique traduit un choléra bénin, léger, ou un choléra commençant et peut-être grave, suivant qu'elle demeure l'unique expression de la maladie, ou qu'elle est le début du choléra algide. Choléra confirmé et diarrhée cholérique, ces deux formes de l'épidémie cholérique sont devenues l'une et l'autre l'occasion d'assimilations contraires à la nature des choses ; et de ces assimilations abusives s'est dégagée toute une doctrine génésique du choléra.

On a déclaré, en effet, le choléra épidémique confirmé, algide, absolument comparable, dans ses symptômes, au choléra sporadique. Cette déclaration, qui semble incontestée, est devenue l'origine de l'opinion qui assimile ces deux maladies. Deux maladies pareilles dans leurs symptômes, sont, dit-on, pareilles de nature. Le choléra sporadique est spontané ; le choléra épidémique, qui n'est que le choléra sporadique multiplié, est donc également spontané ; la doctrine qui le considère comme toujours importé est arbitraire, quels que soient les faits sur lesquels elle s'appuie. C'est la valeur de cette prémisse, si grave dans ses conséquences, que je veux examiner en premier lieu.

Il faut le reconnaître, l'opinion de la plupart des pathologistes est favorable à la similitude des symptômes du choléra sporadique et du choléra épidémique. Certains observateurs émettent quelques réserves fondées sur la moindre gravité du choléra sporadique ; mais cette moindre gravité est loin d'être un fait constant ; et puis, une différence qui ne porte que sur le plus ou moins de gravité n'établit pas une différence dans la nature même de l'affection, et ne contredit pas les affirmations de ceux qui croient à une identité de nature entre ces deux maladies.

Il y a plus ; la similitude complète du choléra sporadique et de l'épidémique est acceptée par ceux-là mêmes qui reconnaissent une différence de cause, et par conséquent de nature, entre l'un et l'autre ; qui admettent que l'un est une affection spontanée, et l'autre une maladie importée. Ainsi notre éminent collègue, M. Bouillaud, prit la parole dans la séance du 5 mars 1872, pour communiquer à l'Académie « un nouvel et récent exemple, disait-il, de choléra nostras ou européen, sous forme foudroyante, asphyxique, et, réserve faite de la cause et de l'origine, ressemblant à s'y méprendre au choléra dit asiatique de même forme..... Comment se fait-il, ajoutait en terminant M. Bouillaud, que ces deux choléras, si semblables sous ce rapport (sous le rapport de leurs symptômes), soient réputés tellement dissemblables sous le rapport de leur genèse ou de leur principe générateur et de leur mode de transmission ou de propagation ? Telle est, en effet, la dissemblance admise entre le choléra européen et le choléra asiatique, sous le rapport dont il s'agit, qu'on ne pourrait, sans être taxé de la plus insigne erreur, dire que le malade dont nous venons de rapporter l'histoire aurait pu transmettre le choléra aux habitants de Calcutta, s'il eût été transporté dans cette ville, tandis que si ce même malade eût été transporté de Calcutta à Paris, rien ne semblerait, au contraire, plus naturel que de le considérer comme pouvant faire naître une épidémie de choléra asiatique. »

Telle est donc l'opinion accréditée : le choléra sporadique et l'épidémique sont identiques dans leur expression symptomatique ; et beaucoup de médecins inclinent à penser que deux maladies pareilles dans leurs symptômes sont nécessairement semblables de nature. De ces deux propositions, l'une est particulière, et l'autre générale ; j'espère prouver que la première consacre une erreur, et que la seconde, qui appartient à la pathologie générale, ne peut être acceptée sans réserve, et veut être expliquée et limitée pour être vraie. Ce sont ces réserves et ces limites que je demande à poser d'abord. Lorsque nous aurons fixé le sens de cette proposition trop absolue, nous aborderons l'examen clinique de l'identité symptomatique des deux choléras qui sont en présence. Nous verrons quelle est la mesure de cette identité, et ce qu'elle signifie. Ces faits particuliers nous offriront l'application et comme la démonstration pratique des vérités générales préalablement établies.

Loin que des symptômes pareils traduisent toujours une affection pareille de nature, il est aisé de prouver que, souvent, derrière des symptômes d'apparence semblable se cachent des affections dissemblables; et que, par contre, derrière des symptômes dissemblables peuvent exister des affections de même nature. Cette dernière proposition est admise sans conteste par la plupart des pathologistes, et la clinique est pleine de faits qui, chaque jour, la justifient. Toutes les maladies larvées, entre autres, en témoignent ouvertement. L'autre énoncé semble moins évident, et, au premier abord, il répugne aux habitudes logiques des sciences exactes. On invoque d'ordinaire, pour faire comprendre cette vérité d'apparence paradoxale, des exemples empruntés au monde moral, où tel acte prend telle ou telle signification, suivant le mobile qui l'inspire. La nature de l'acte peut être opposée, sa forme extérieure restant la même. Sans méconnaître ce que ces comparaisons, dont on a abusé, peuvent offrir de légitime, je ne m'y arrêterai pas; et c'est exclusivement aux faits de la pathologie que je veux demander ce qu'il faut entendre de ce prétendu rapport nécessaire entre les symptômes et l'affection, mêmes symptômes exprimant invariablement une même affection.

Pour montrer combien est souvent incertain le rapport entre les symptômes et la nature du mal, je citerai la classe entière des névralgies. Une névralgie à symptômes pareils et à même détermination locale, peut être l'expression phénoménale des affections les plus variées, les plus étrangères les unes aux autres. Que d'espèces, en effet, de la névralgie *à frigore* aux névralgies diathésiques, dont le cadre est si étendu; de la névralgie spécifique, dont la syphilis offre le type, aux névralgies par intoxication chronique; de la névralgie dite essentielle aux névralgies symptomatiques, dues à une compression exercée sur le nerf qui souffre, ou à une lésion du système nerveux central! Voilà donc les affections les plus diverses de nature qui se traduisent par un même ensemble de phénomènes. Que dirait-on du médecin qui, parce qu'il aurait affaire au groupe des symptômes qui caractérisent une névralgie, affirmerait que ce groupe répond toujours à une maladie identique?

Toutefois, gardons-nous d'émettre, sur ce sujet, des conclusions hâtives et tirées de l'examen superficiel de quelques faits. Il faut interroger patiemment l'ensemble des faits, les envisager sous toutes leurs faces, dans tout leur développement, et voir ainsi jusqu'où s'étend l'identité entre mêmes groupes de phénomènes représentant des affections différentes. Nous verrons si cette similitude est vraiment absolue, et, si elle ne l'est pas, quelles sont ses limites. Les données auxquelles nous aboutirons nous fourniront une application immédiate aux rapports du choléra sporadique avec le choléra épidémique.

L'insuffisance des symptômes à exprimer, à eux seuls, l'affection qui les soulève, a tellement frappé certains pathologistes, qu'ils n'ont pas craint d'avancer qu'il n'était pas de maladie à lésion d'organe dont les symptômes ne pussent être reproduits par de simples troubles fonctionnels survenus en dehors de toute lésion. Monneret prétendait que cette loi doit figurer en tête de toute la pathologie générale et spéciale. « Il n'existe pas, disait-il, un seul acte morbide, un seul trouble fonctionnel, un seul symptôme, une seule maladie, que ne puisse produire à lui tout seul, et en l'absence de toute altération de structure, un simple trouble d'acte ou de fonction..... Ou si l'on aime mieux, ajoute-t-il, nous ne connaissons pas une seule maladie avec altération d'organe qui ne puisse être provoquée également sans altération de l'organe, par le fait seul de sa fonction et de ses propriétés vitales. »

La loi que pose, en ces termes précis, Monneret, est l'exagération d'une vérité, et par conséquent touche à l'erreur. Monneret a raison quand il affirme qu'il n'y a pas d'acte morbide, pas de symptôme qui ne puisse également correspondre soit à un simple trouble fonctionnel, soit à une lésion d'organe. Il aurait pu ajouter que, pareillement, certains groupes d'actes et de symptômes, c'est-à-dire des syndromes, peuvent correspondre à des états morbides différents : ici, à des troubles fonctionnels reconnaissant telle cause affective; là, à des altérations de tissu dépendant de telle autre cause morbide. Par conséquent, il est des moments dans l'évolution de maladies différentes qui peuvent se ressembler complétement, parce qu'à ces moments surgissent les mêmes actes morbides, les mêmes syndromes. Mais on commet une grave erreur en étendant à la maladie même, comme le fait Monneret, une assimilation qui doit s'arrêter à des symptômes, à des groupes de symptômes, à des moments de la maladie. La maladie est une évolution qui déroule un enchaînement éminemment complexe de phénomènes et de symptômes. Durant cette évolution, un groupement plus ou moins prolongé des symptômes peut se montrer comparable à celui qui se produit pendant le cours d'une autre maladie. Mais la similitude ne va pas plus loin; elle ne s'étend pas à l'évolution entière de la maladie. Il n'y a pas de maladies différentes de nature qui demeurent absolument comparables pendant toute leur durée. Croire l'inverse serait introduire d'inextricables confusions au sein de la pathologie. La science a toujours fini par établir de réelles distinctions symptomatiques là où il y a distinction de cause et d'espèce. Chaque maladie possède son évolution caractéristique, et cette évolution lui constitue sa marque propre et majeure. Au-dessus d'un

symptôme et d'un groupe de symptômes, il y a la succession enchaînée et réglée des symptômes; c'est celle-ci qui surtout fournit le type de la maladie. Certaines maladies peuvent présenter un à un les mêmes symptômes, et sembler ainsi identiques; mais l'enchaînement et la succession des symptômes, leur groupement, leur intime association, varient pour chacune d'elles, et cela suffit à les différencier au point de vue symptomatique.

Il en est ainsi, même dans les cas que nous invoquions pour montrer que des symptômes pareils peuvent cacher des affections distinctes. Les névralgies de nature différente, comparables par leurs symptômes isolés, se séparent par leur marche et la physionomie qu'elles affectent, par leur durée, par leur naissance ou par leur terminaison, par la prédominance de tel ou tel symptôme à tel ou tel moment de leur évolution, par leur tendance à récidiver, par leurs relations avec certains états généraux ou locaux. Une analyse attentive finit toujours par trouver le point, le fait propre et caractéristique qui permet de spécifier à quelle névralgie on a affaire. Que cette analyse offre parfois de singulières difficultés, je n'en disconviens pas; mais ces difficultés ne constituent pas une négation des principes que nous exposons. Les progrès de la science et de l'analyse clinique consistent à vaincre ces difficultés et à trouver des distinctions réelles là où l'on apercevait de fausses similitudes. C'est en pénétrant plus avant et jusque dans les profondeurs de la maladie, c'est dans l'étude des lésions intimes, c'est dans l'ordre et la progression des symptômes, dans la proportion et dans les mutuels rapports de ces symptômes, que se dévoilent les caractères spéciaux ou typiques du mal, et c'est ainsi qu'un observateur vraiment perspicace perçoit des distinctions qui échappent à des observateurs moins bien doués.

L'étude des constitutions médicales tour à tour affirmées ou rejetées, nous offre un exemple manifeste de ces fluctuations de l'observation médicale. Les uns recherchent avec une sorte de prédilection la physionomie spéciale des maladies aiguës régnantes, notent les caractères fugaces qui apparaissent à leur naissance ou à leur terminaison, s'attachant au caractère de gravité ou de bénignité qu'elles revêtent, précisent le mode de traitement qui leur est plus particulièrement adapté, proclament la réalité et l'importance des constitutions médicales. Les autres, ne voyant que les analogies des symptômes, s'attachant surtout au diagnostic des lésions et des espèces morbides, lesquelles demeurent les mêmes, quelle que soit la constitution régnante, moins frappés des indications thérapeutiques communes qui surgissent en un même temps, rejettent, comme subtiles et vaines, les distinctions sur lesquelles repose l'existence des constitutions médicales. Pour ces derniers, les mêmes symptômes, les mêmes lésions, les mêmes espèces morbides indiquent nécessairement une même affection. Les premiers, par contre, accèdent à ces aphorismes écrits par Maximilien Stoll, l'un des plus grands parmi les grands observateurs dont s'honore notre science : « Les mêmes symptômes d'une maladie, dit Stoll, et je suis la traduction de Corvisart, ne signifient pas tout à fait la même chose, si ce n'est pas la même constitution de saison ». (Aphorisme 835.) « Car celui qui ne regardera que la face extérieure seule des maladies, continue Stoll, et leurs apparences, croira toujours voir les mêmes maladies, en quelque année et en quelque saison que ce soit, et il en soumettra mal à propos à la même méthode de réellement différentes. » (Aphorisme 836.)

Je prie l'Académie de me pardonner d'avoir rappelé ici ces quelques préceptes de pathologie générale; ils vont nous servir de lumière pour éclairer et juger le problème obscur posé devant nous : celui de l'identité ou de la non-identité du choléra sporadique et spontané, et du choléra épidémique et importé.

Le choléra confirmé, considéré dans son évolution complète et régulière, s'offre avec trois périodes distinctes : une période prodromique, dont la diarrhée et les vomissements sont le fait principal; une période dite de choléra confirmé, dont les symptômes saillants sont, avec la continuation des diacrises précédentes, l'algidité, la cyanose, l'amaigrissement subit, l'extinction de la voix, la suppression des urines, les crampes douloureuses des muscles, l'arrêt des échanges gazeux à la surface de la muqueuse pulmonaire, la diminution et parfois la suppression des battements du cœur et des artères; enfin, une troisième période, celle de la réaction plus ou moins difficile et incertaine, plus ou moins chargée de symptômes graves, d'accidents morbides variés, dus à l'engagement profond et persistant, ou superficiel et mobile, de la plupart des grands centres viscéraux.

De ces trois périodes, la seconde seule est constante, à savoir : la période intermédiaire, celle de l'algidité cyanique. La première, en effet, la période prodromique, peut parfois faire défaut, ou être si courte, qu'elle se confond en quelque sorte avec la période redoutable qui la suit, et dont elle n'est que l'insidieux prélude. La troisième période, celle de réaction, manque trop souvent; car trop souvent la vie, dont la chaleur animale est la marque la plus manifeste, s'éteint avec une effrayante rapidité durant l'algidité glaciale qui s'empare subitement du cholérique.

Donc, l'algidité cyanique, avec tous les symptômes qui lui servent de cortége, est, dans le

choléra confirmé, la période constante et toujours offerte à l'observation. C'est, en outre, la période la plus saillante, celle qui frappe et saisit par l'intensité et l'étrangeté de ses symptômes, par cette sorte de foudroiement vital qui en est l'expression suprême. Aussi le choléra est-il, aux yeux du public, essentiellement caractérisé par cette période algide et cyanique, par ce syndrome si fortement constitué, où tous les traits s'enchaînent, se soutiennent, se fortifient. Les médecins eux-mêmes ne se représentent guère le choléra confirmé que sous cette figure; les périodes qui précèdent et qui suivent ne semblent compter que comme traits accessoires, et s'effacent presque devant la physionomie effrayante de ce moment central de la maladie. Là se trouve la vraie raison de l'assimilation du choléra sporadique et de l'épidémique: on les a comparés surtout dans la période d'algidité. Lorsque la mort coupe court à la maladie, et en arrête les développements légitimes, alors la ressemblance des deux affections paraît absolue, et on chercherait en vain, dans le spectacle que l'on a sous les yeux, des traits qui permissent de distinguer l'une de l'autre ces deux espèces de choléra. Tel était l'exemple apporté à cette tribune par M. le professeur Bouillaud; tout le tableau rapporté dans ce cas particulier se rapporte à l'état d'algidité dans lequel le malade succomba.

Cette similitude de la période algide semble emporter de soi la similitude complète des deux affections. Qu'importent, dit-on, quelques différences plus ou moins appréciables dans la marche ultérieure de la maladie, si elle se prolonge? La période algide est le point culminant, la partie capitale et souvent unique de la maladie; c'est d'elle que l'on doit tirer tous les enseignements sur la nature du mal; elle prononce l'identité des deux choléras; ce jugement doit être décisif. D'ailleure, ajoute-t-on, la période prodromique est, de son côté, favorable à cette identité. Les diarrhées, qui restent le fait important de cette période initiale, existent dans un cas comme dans l'autre. Tout concourt donc à effacer toute distinction réelle et profonde entre ces formes d'un même mal. Nous laisserons de côté, pour le moment, ce qui a rapport à la période prodromique du choléra; nous nous en occuperons plus tard, en parlant des prétendues constitutions médicales qui annoncent et préparent les épidémies cholériques. Nous bornant donc à l'étude de la période d'algidité, nous disons hardiment que, de toutes les périodes du choléra, c'est la moins caractéristique quant à la nature de la maladie; qu'un jugement d'identité qui ne repose que sur l'observation de cette période du mal est absolument sans valeur, et que ce sont précisément les périodes négligées, la période des prodromes et celle de réaction qui seules autorisent, sur ce sujet, des conclusions motivées.

Et, en effet, pour que la période d'algidité cyanique pût établir sûrement l'identité que l'on affirme, il ne faudrait pas seulement que cette période appartînt aux deux espèces de choléra dans lesquelles on l'observe, il faudrait encore qu'elle leur appartînt exclusivement, qu'on ne la rencontrât pas, avec tous ses symptômes, dans nombre d'affections qui ne peuvent avoir avec le choléra aucune affinité de nature. De telles conditions sont évidemment nécessaires pour que la présence de l'algidité cyanique ait une valeur sérieuse dans le rapprochement des affections cholériques. Or, il est loin d'en être ainsi. C'est un fait bien remarquable, et sur lequel on n'insiste pas suffisamment, que l'algidité cyanique apparaît dans une foule d'états morbides essentiellement divers.

L'algidité cyanique et son cortége de symptômes forment un syndrome que je n'appellerai pas banal, mais qui se montre commun à toutes les maladies qui s'accompagnent d'évacuations intestinales plus ou moins précipitées ou abondantes. Ces maladies sont nombreuses et reconnaissent les causes les plus variées, les plus étrangères les unes aux autres. Ce sont tantôt les diarrhées catarrhales aiguës, diarrhées saisonnières le plus souvent, et voilà pourquoi la saison d'été, où ces diarrhées se montrent fréquentes, est aussi celle où s'observe plus fréquemment le choléra algide et cyanique spontané. Tantôt ce sont les diarrhées chroniques, reliquat de vieilles dysenteries, d'entérocolites mal soignées, entretenues par un mauvais régime, contractées souvent dans les pays chauds et accompagnées de lésions persistantes de la muqueuse intestinale. Tel est le cas cité par M. Bouillaud, et qui concernait un ancien soldat fait prisonnier à Sédan, qui, durant toute sa captivité en Allemagne, avait souffert de la diarrhée; rentré en France, sa diarrhée persistait, et il avait négligé de la soigner; et enfin, en mars 1872, après une recrudescence de diarrhée datant de quinze jours, il avait été terrassé par un choléra algide, et succombait à cette atteinte en moins de vingt-quatre heures. Ces malades à diarrhée chronique sont d'ailleurs frappés d'algidité en toute saison. A côté de ces états morbides qui relèvent de la pathologie proprement dite, se montrent des états accidentels nombreux, pendant lesquels peut se déclarer le choléra algide le plus intense, le plus complet dans ses manifestations. Ainsi toute superpurgation est apte à provoquer le choléra, et, entre toutes les superpurgations, celle que provoque le tartre stibié se montre plus particulièrement sujette à cette redoutable complication. Le syndrome est si complet et si fréquemment observé, qu'on lui a donné le nom de choléra stibié. En regard de ce choléra, il faut placer les choléras toxiques, dont le choléra arsenical est le type. Parmi ceux-ci, il faut

ranger l'empoisonnement par l'acide oxalique, parfois observé à la suite d'erreurs où ce sel a été vendu et administré en place du sulfate de magnésie, auquel il ressemble beaucoup par l'aspect extérieur. J'ai été témoin d'un empoisonnement de ce genre, terminé en quelques heures par la mort, et jamais je n'ai vu d'image plus saisissante du choléra algide foudroyant. A côté de ces choléras, il faut en placer un autre singulièrement éloigné par sa cause qui est toute chirurgicale ; je veux parler du choléra herniaire. Tous les chirurgiens ont été frappés par sa ressemblance avec le choléra algide ; aussi lui ont-ils donné son nom typique, qui semble le faire rentrer dans la famille des choléras.

La classe des fièvres intermittentes pernicieuses me fournirait encore une tierce cholérique dont tous les observateurs signalent la ressemblance avec le choléra algide. Mais l'énumération précédente suffit déjà à prouver que le syndrome de l'algidité cholérique ne saurait à lui seul caractériser une espèce morbide, puisqu'il appartient aux états les plus dissemblables. Et veuillez remarquer que, dans ces divers états, ce syndrome n'apparaît pas incomplet, vaguement dessiné, ébauché, suivant une expression qu'affectionne M. Jules Guérin; non, il se montre avec tous ses symptômes, toujours parfaitement semblables, sans que rien trahisse en lui la diversité des causes qui le déterminent. D'ailleurs, ce syndrome est tellement brutal, violent, qu'il ne saurait fournir de variétés dans l'expression ; pour être, il faut qu'il soit entier, constitué par tous ses phénomènes, qui se commandent et s'appellent les uns les autres.

Donc, commun à une foule d'affections diverses et dans toutes exactement comparable, tel est le syndrome de l'algidité cyanique; et c'est sur lui que l'on prétendrait fonder l'identité des deux affections cholériques! Quelle valeur accorder à une telle opinion? A quoi attribuer le crédit qu'elle a obtenu, sinon à la tendance involontaire que l'on a à considérer, dans les maladies, surtout les apparences qui saisissent et étonnent, les moments où les symptômes sont extrêmes et crient en quelque sorte, plutôt que l'évolution même du mal, ses modes d'invasion parfois difficiles à déterminer, ses solutions naturelles? Il en est particulièrement ainsi dans ces atteintes foudroyantes où la mort porte ses coups les plus brusques, interrompt la maladie à peine commencée, sans lui laisser le temps de poursuivre son évolution régulière. En de tels cas, on ne voit qu'un tableau, celui des symptômes au milieu desquels la mort survient, et la maladie entière se concentre sous cet aspect sinistre. Toute autre vue s'efface, et l'on juge de la maladie par un seul de ses moments. Jugement du tout qui, reposant sur le jugement d'une partie, demeure nécessairement incomplet et souvent erroné. L'étude des parties délaissées de la maladie donne, d'ordinaire, un démenti à ces inductions hâtives et précipitées. C'est ce qui advient lorsque l'on poursuit l'analyse des deux espèces de choléra. La période prodromique et la période de réaction sont aussi distinctes dans ces affections qu'était semblable et commune la période d'algidité cyanique.

L'étude de la diarrhée prodromique nous fournira les plus sûres distinctions entre le choléra sporadique et l'épidémique. Nous en traiterons plus tard, pour ne pas scinder l'étude comparée des diarrhées saisonnières et des diarrhées cholériques vraies. Mais nous devons exposer, à propos de la diarrhée prodromique, la façon dont naît chaque espèce de choléra. Cette façon n'est pas la même, et cette différence dans l'invasion permet déjà de présager une différence dans la nature du mal. Le choléra sporadique, en effet, peut succéder à une diarrhée chronique. La présence et le caractère de ce flux chronique suffisent à déterminer la nature du choléra qui se déclare ; il est spontané, puisqu'à ce moment nul indice n'existe d'épidémie cholérique. La diarrhée chronique est un fait individuel, et le choléra, qu'elle appelle, demeure isolé, individuel, et peut survenir en toute saison et en dehors de toute influence régnante. Tel est le cas produit par M. Bouillaud, et qui se montrait au commencement de mars. En d'autres cas, le choléra sporadique succède à des faits occasionnels évidents, dont les plus communs sont l'abus des boissons glacées, l'exposition à la fraîcheur du soir et de la nuit, alors que les excessives chaleurs du jour ont fatigué les organes digestifs, surexcité et en même temps épuisé les fonctions de la peau. Dans ce cas encore, la maladie éclate comme un fait particulier, sous l'action d'écarts individuels; elle est vraiment sporadique. Car le sporadique, c'est l'individuel, comme l'enseigne Stoll : « Les causes particulières, dit-il dans un aphorisme, fournissent les fièvres sporadiques et les individuelles. Les fièvres épidémiques, au contraire, relèvent de causes générales. » « La fièvre sporadique, dit encore Stoll, dépend de quelque vice domestique et particulier qui n'a point de rapport avec la saison de l'année ou avec la constitution épidémique. »

Tel est le caractère essentiel du choléra sporadique : il naît au milieu de circonstances individuelles. Jamais on ne voit ce choléra surgir sans que rien d'apparent l'ait provoqué; il répond toujours à un appel évident. Il en est tout autrement du choléra épidémique ou importé. Ici, le rôle des conditions étiologiques est interverti : les causes occasionnelles et individuelles ne sont plus nécessaires. Certainement, quand elles existent, leur action est incontestable, et les écarts de régime, en temps d'épidémie, sont trop souvent funestes. Mais, très-souvent, ces

causes, ces écarts dans l'hygiène individuelle font absolument défaut; et ces cas montrent à quel point le rôle de ces conditions étiologiques est secondaire, alors même qu'on le constate. Le plus ordinairement, en effet, que la diarrhée l'ait précédé de plusieurs jours ou à peine de quelques heures, le choléra importé éclate sans qu'on puisse le rattacher à aucun fait occasionnel particulier. Souvent un individu atteint d'une diarrhée légère depuis un jour ou deux, ou depuis peu d'heures, ou même sans diarrhée antécédente, tombe tout à coup comme écrasé sous une puissance inconnue. J'en ai vu frappés subitement sur le chemin qu'ils suivaient, d'autres au milieu de leurs occupations du jour ou du repos de la nuit, et cela sans que rien pût expliquer cette sidération inattendue. Là déjà se révèle la nature du mal; il dépend non d'une influence particulière, mais d'une influence générale. Ce n'est plusu ne affection sporadique, c'est une affection épidémique. Ce seul fait dénote la plus profonde des distinctions, car le sporadique et l'épidémique sont aux deux extrémités de la pathologie; et c'est pourquoi Stoll établit comme division première et fondamentale des fièvres aiguës la division en sporadiques et épidémiques.

L'étude de la dernière période du choléra confirmé, celle de la réaction, vient, à son tour, consacrer la séparation définitive des deux espèces cholériques. Le choléra sporadique peut tuer dans la période algide; mais si l'algidité n'est pas foudroyante elle se résout, d'ordinaire, par une réaction prompte, sûre, aisée, modérée, par des sueurs douces, par un sommeil après lequel le malade se réveille avec un sentiment de bien-être qui contraste avec les angoisses indicibles de l'algidité. Telle est la marche habituelle de la réaction. En d'autres cas, la réaction est plus tumultueuse et même violente. Il y a de la céphalalgie, un état vultueux de la face, une température élevée, parfois un peu de délire et de jactitation. Mais bientôt tous ces phénomènes d'excitation tombent, des sueurs profuses se déclarent, le calme renaît. Cette réaction, quelle que soit son intensité, demeure simple, légitime, dégagée de complications. Elle se montre, quoique plus développée, comparable à la réaction qui termine un accès de fièvre intermittente.

Qu'il y a loin de là au tableau de la réaction du choléra épidémique! Quel praticien ne le sait, est-il de réaction plus difficile, plus chancelante, plus compliquée, plus longue dans son évolution, plus pleine d'embûches et de périls que la réaction du vrai cholérique? Elle s'établit à travers des oscillations incessantes; elle semble apparaître, et tombe peu après; elle se relève pour fléchir de nouveau, et trop souvent le malade succombe dans cet état incertain qui n'est ni l'algidité ni la réaction. Si elle se soutient, le danger n'est souvent pas moindre; elle s'accompagne de congestions variées, fixes ou mobiles, qui peuvent occuper tous les centres viscéraux importants; elle tend surtout à contracter le caractère typhique, ou celui d'une adynamie profonde. Qui n'a vu ces cholériques réchauffés et dont l'artère bat, mais dont la face demeure immobile, les traits figés, les yeux entr'ouverts et fixes, la bouche ouverte, les lèvres plaquées et sans mouvement, la respiration insensible? Quel médecin pourrait oublier ce tableau? En d'autres cas, la réaction tend à l'ataxie : au lieu d'une invincible et mortelle inertie, s'observe le désordre dans tous les mouvements. La jactitation devient extrême, les bras s'agitent à droite, à gauche, le long du corps; les jambes cherchent à quitter le lit, et le cholérique, après une lutte vaine, succombe dans l'impuissance et le dérèglement de toutes les grandes fonctions vitales. C'est dans le cours de ces réactions que paraissent les réactions morbilliformes signalées par la plupart des observateurs, et dont j'ai vu de si remarquables exemples. Ces éruptions sont évidemment attachées au caractère spécifique de la maladie; jamais elles ne se montrent dans la réaction du choléra sporadique. L'état des voies digestives révèle pareillement la gravité de cette période du mal dans le choléra épidémique. La langue est sèche, rouge ou recouverte d'un enduit brunâtre; les dents, les gencives, les lèvres se couvrent de fuliginosités; les anxiétés précordiales et épigastriques persistent; les vomissements reparaissent souvent sans cause; le ventre reste tendu; les boissons et les moindres aliments sont digérés avec une fatigue extrême; parfois, même, toute digestion demeure impossible, et les malades s'éteignent dans une émaciation profonde.

Qui ne voit qu'une réaction si opposée à la réaction simple et légitime qu'offre le choléra sporadique, suppose une pareille opposition de nature? Au seul aspect de ces réactions, on serait en droit de conclure, ici à un choléra banal, non transmissible, sans caractère spécifique; là, à un choléra spécifique transmissible, présentant tous les caractères des maladies contagieuses. A ces dernières maladies, en effet, à la spécificité morbide la plus accentuée, appartiennent les réactions prolongées, difficiles, à forme typhique ou ataxique, avec congestions viscérales et altérations putrides des humeurs.

Que devient maintenant l'identité du choléra sporadique et du choléra épidémique? Elle se fonde sur la similitude des symptômes que ces deux affections présentent durant la période algide, mais elle est démentie par le caractère des autres périodes de la maladie. Or, le syndrome de l'algidité cyanique est, nous l'avons vu, un syndrome commun à une foule d'états

morbides divers ; les autres périodes de la maladie, au contraire, traduisent la spécialité des affections auxquelles elles appartiennent ; et il se trouve que ce sont précisément ces périodes qui se montrent franchement distinctes dans l'une et dans l'autre maladie. Nous sommes donc en droit de conclure que cette prétendue identité n'est qu'une illusion. Née de rapprochements incomplets et superficiels, elle disparaît devant des comparaisons approfondies, embrassant, non pas uniquement l'un des moments, mais l'évolution entière de ces affections. Cette conclusion nous retrace, dans leur application, les principes de pathologie générale que nous invoquions au début de cette discussion.

(*La fin au prochain numéro.*)

PILULES APÉRITIVES.

Asa fœtida	2	grammes.
Extrait d'absinthe	2	—
Quassia amara pulvérisé.	1	—

F. s. a. vingt pilules argentées.

Deux ou trois une heure avant chacun des deux principaux repas, pour exciter les fonctions de l'estomac et empêcher la constipation. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 30 OCTOBRE 1598.

Henri IV, le vert-galant, possédait une carnosité de l'urèthre. Cela n'est pas douteux, puisque Sully et Pierre de Létoile l'assurent. Voici ce qu'en dit ce dernier :

« Le vendredi, 30 de ce mois (oct. 1598), la Cour estant à Monsseaux, la ville de Paris fut fort troublée des nouvelles qu'on y apporta de l'extrémité de la maladie du roy, qui estoit une carnosité provenant d'une chaudepisse, laquelle, pour avoir esté négligée, luy causa une rétention d'urine qui le cuida envoyer en l'autre monde, accident autant craint des bons comme il estoit désiré des méchants. Les médecins de Paris les plus experts y furent mandés dès la nuit, entre les autres, Marescot et Martin... Le médecin Martin l'exhorta de se mieux garder, et qu'il estoit d'une très-bonne disposition pour vivre longtemps s'il vouloit un peu mesnager sa vie ; auquel le roy ne respondit que par gosserie, estant d'une humeur toute contraire à cela. » — A. Ch.

— Nous avons parlé, d'après la *Revue militaire de l'étranger*, de la fabrique de conserves pour l'armée allemande, qui est établie à Mayence, et doit être en activité au 1er janvier de l'année prochaine. La *Gazette de l'Allemagne du Nord* dit que cette date ouvrira une ère nouvelle pour l'alimentation des troupes en temps de paix et en temps de guerre.

Cette fabrique est installée sur un très-grand pied : quatre machines à vapeur de la force de 200 chevaux, d'immenses chaudières et des vases pour la cuisson à la vapeur, prépareront d'énormes quantités de comestibles, soit animaux, soit végétaux, pour 500,000 hommes. Que cette entreprise gigantesque réussisse complétement, et à l'avenir les lourds convois d'approvisionnements, si fatigants et si dangereux, n'encombreront plus les étapes. En outre, le temps nécessaire à la cuisson des aliments sera réduit au *minimum*.

— Il faut bien se garder, dit le *Globe*, de Londres, d'attribuer entièrement au thé le mal résultant de l'usage de cette feuille. Selon une investigation qui vient d'avoir lieu, il reste démontré qu'une grande proportion de l'article qu'on achète sous ce nom n'a aucun droit au titre qui lui est donné. L'adultération du thé a pris des proportions tellement alarmantes que de nombreuses pétitions ont été adressées au Conseil municipal, demandant une enquête. L'enquête a eu lieu, et le résultat a abondamment démontré que les plaintes n'avaient rien d'exagéré. La commission sanitaire chargée de l'examen du sujet, a trouvé que la quantité de ce qui est appelé « thé » frelatée annuellement constitue une portion considérable de la masse totale. Des 183 millions de livres qui sont passées en douane en 1872, il y avait en juillet 10 millions de livres si grossièrement adultérées qu'elles ont été reconnues tout à fait impropres à aucun usage comme nourriture humaine. L'œuvre d'adultération se fait en Chine, où, paraît-il, l'indigène s'ingénie à trouver les plus affreux remplaçants de la feuille odorante. Il est déplorable de penser (l'enquête a établi ce fait) que l'on a découvert, par exemple, que, dans une boîte de thé, on pouvait, à l'aide d'une pierre d'aimant, retirer une proportion de 40 à 43 pour 100 de pailles de fer fortement coloriées en vert. Le consommateur de ce thé peut-il espérer sortir sain et sauf de l'usage qu'il en aura fait?

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 23.

Choléra et Chloralum (1)

Par le Dr Henry BLANC,

Membre du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre,

Ancien médecin en chef des hôpitaux de Rajkote et de Sattara (Indes-Orientales), etc., etc.

Ces cinq cas de choléra se divisent en deux groupes :

1° Femme atteinte de choléra entre le deuxième et le troisième degré; c'est-à-dire présentant les symptômes suivants : diarrhée eau de riz, vomissements bilieux, yeux caves et cernés, refroidissement léger, pouls encore bon, pas de suppression d'urine. Résultat : guérison.

2° Trois femmes atteintes de choléra au troisième degré (collapsus). Voix cassée, suppression d'urine, refroidissement marqué, pouls filiforme ou imperceptible, vomissements aqueux, teints de bile, selles eau de riz fréquentes et abondantes, etc. Il y avait sans doute quelques variations dans les symptômes, toutes n'étant pas exactement frappées de la même manière; mais ces divergences n'étaient pas assez prononcées pour que je fatigue le lecteur avec des observations détaillées. En somme, j'avais à traiter quatre cas de choléra arrivés à la période algide.

J'avais, auparavant, réussi dans deux cas de choléra arrivés à la période algide, et quoique persuadé que la valeur de l'antidote diminue d'autant que l'on s'éloigne du début de la maladie, je n'étais pas sans espoir de réussir, me basant sur ce fait que même dans le collapsus les évacuations eau de riz persistent, ce qui indique que le poison est encore à l'œuvre, et que mettre un terme à la destruction de l'épithélium intestinal c'est enrayer l'empoisonnement, et un antiseptique est encore puissant, même à cette période, pourvu que des altérations morbides profondes du sang et des viscères n'aient pas encore été produites. Voici ce qui est arrivé : Sous l'influence du chloralum, chez toutes les trois, les évacuations cholériques ont diminué, puis entièrement cessé. Les vomissements ont persisté plus longtemps; mais ce symptôme, loin d'être fâcheux, est des plus favorable, car il offre une voie à l'élimination du poison, et il favorise l'établissement de la réaction. Une de ces femmes (passée d'une salle de l'hôpital où elle était en traitement pour une fièvre typhoïde) prit peu de chloralum, et la réaction s'établit lentement; des vomisse-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 4, 11, 18 et 25 octobre.

FEUILLETON

CAUSERIES

Depuis que nous avons publié, dans l'UNION MÉDICALE, la dernière circulaire de M. le Président de l'Association générale relative au fonctionnement très-prochain de la Caisse des pensions viagères d'assistance, j'ai reçu la visite ou les lettres de quelques confrères me demandant des explications et des renseignements sur cette fondation. Il en est même qui m'ont chargé de les faire inscrire au nombre des aspirants à la pension.

Hélas! il paraît que notre monde médical ne diffère pas très-sensiblement d'aucun autre monde, et qu'on a beau mettre toute la clarté possible dans un exposé, l'exacte notion des choses n'entre pas facilement dans tous les esprits. Rien assurément n'était plus net et plus lucide que la circulaire de M. Tardieu, rien n'est plus facile à comprendre que les statuts de la Caisse des pensions viagères et que le règlement qui en organise le fonctionnement; eh bien, on voit néanmoins avec surprise que tout cela n'est ni bien compris, ni bien apprécié, et qu'il est encore nécessaire de rectifier bon nombre d'erreurs et de fausses interprétations.

Je vais m'y essayer.

Peut-être serai-je mieux compris si je prends la forme du dialogue.

Le confrère : Je suis ancien chirurgien militaire, j'ai 77 ans; paralysé du côté gauche, je ne peux plus exercer ma profession; je n'ai pas suffisamment de quoi vivre, et je demande une pension.

Moi : Depuis combien d'années faites-vous partie de l'Association, vénéré confrère ?

ments bilieux persistèrent, et les selles ne furent pas entièrement arrêtées; chez elle, la réaction fut incomplète.

Chez les trois autres femmes, la réaction s'établit rapidement; elle fut même violente, trop intense, avec congestion marquée de la face et suivie de coma plus ou moins profond. A l'autopsie, nous trouvâmes des lésions congestives peu intenses, et ce qui attira surtout notre attention, ce fut l'état poisseux et la couleur noire foncée du sang, et une dégénérescence granulo-graisseuse des reins, et abondance d'albumine dans les urines. Le tube intestinal ne présentait rien d'anormal, à part les altérations que l'on rencontre dans toutes les autopsies cholériques. Ici, la mort était due à l'*empoisonnement cholérique;* l'état du sang, des reins, de l'urine, du tube digestif, etc., ne laissent aucun doute à ce sujet.

Est-ce que ces quatre femmes auraient pu être sauvées? Faisons abstraction du cas de fièvre typhoïde, car le choléra enté sur une maladie grave antérieure entraine presque toujours la mort, quel que soit le traitement suivi. Les trois autres femmes étaient depuis quelques jours à l'hôpital, la maladie avait fait des progrès et elles n'étaient plus dans les conditions où la médication antiseptique trouve sa raison d'être, car déjà des désordres sérieux s'étaient produits, dus aux effets du poison cholérique; mais si, dès le début des accidents, la médication antiseptique avait été employée, est-ce que le résultat aurait été plus favorable? Je puis me tromper, mais j'ai la conviction que la maladie aurait été enrayée, et que les désordres sérieux que l'autopsie révéla n'auraient pas eu lieu. De plus, ces femmes avaient été soumises au traitement alcoolique, à petite dose, il est vrai, mais, même en petites quantités, l'alcool administré pendant un ou deux jours ne peut que produire des effets désastreux.

Les congestions qui signalèrent cette réaction anormale sont dues, selon moi, à deux causes : la principale, aux effets du poison cholérique sur le sang, sur le système nerveux, etc., et en partie à l'alcool. Pour en avoir le cœur bien net, j'ai fait sur moi-même des expériences avec le chloralum; j'ai pris dans une journée quatre lavements au chloralum et huit potions; j'ai éprouvé quelques bouffées de chaleur, mon pouls a été peu fréquent et plus vibrant, mais je n'ai ressenti aucun phénomène congestif sérieux, et j'ai pu vaquer à mes occupations. Aux Indes, les cholériques que j'ai traités par cette méthode, et qui ont guéri, eurent une réaction des plus franches et passèrent sans accident de la maladie à la convalescence (1).

(1) *Lancet* (anglaise), 16 août 1873.

Le confrère : Je n'en fais pas partie.

Moi : Comment! vous n'avez participé d'aucune manière aux charges de l'Association et vous croyez pouvoir profiter de ses avantages? Comme ancien médecin d'armée vous avez sans doute une retraite?

Le confrère : Certainement, mais insuffisante.

Moi : L'État vous a donné cette retraite après trente ans et peut-être plus de service; quel service avez-vous rendu à l'Association pour qu'elle vous accorde une pension?

Un autre confrère : J'ai soixante-cinq ans et je suis infirme, j'appartiens depuis dix ans à l'Association par la Société locale de..... Je demande à être inscrit comme sollicitant une pension.

Moi : je n'ai ni droit, ni qualité, ni mission d'inscrire mes confrères au nombre des postulants à la pension viagère. En toutes choses, il faut un ordre, une marche, une direction. Votre demande doit être adressée au président de votre Société locale, qui la communique à sa commission administrative, laquelle, après examen et délibération, la transmet en temps utile, c'est-à-dire avant le 1er janvier, au Conseil général, à Paris.

Le confrère : C'est une bien délicate mission que vous donnez au Conseil général d'accorder ou de refuser les pensions demandées.

Moi : C'est une grave erreur que vous émettez là, cher confrère, et qu'il importe que vous rectifiiez au plus tôt. Le Conseil général reçoit toutes les demandes, il les classe, voilà tout son rôle; et après avoir mis ces demandes en regard des ressources pour les satisfaire, il propose à l'Assemblée générale de voter tant de pensions à tel taux.

Le confrère : C'est fort bien; mais les départements craignent que l'élément parisien étant

Quoique l'indication causale ne s'appplique pas aux périodes ultimes du choléra, dans bien des cas elle agit avec vigueur en enrayant la marche toujours envahissante du choléra; c'est ce qui a eu lieu, en effet, même dans ces cas qui se sont terminés par la mort; guéries du choléra, ces malades ont succombé aux lésions graves que le poison avait eu le temps de provoquer dans l'économie.

C'est aux périodes de début (qu'on me pardonne cette insistance) que la médication antiseptique est théoriquement indiquée, et qu'au lit du malade elle donne tous les résultats favorables qu'on est en droit d'en attendre. Alors, en l'absence de lésions graves produites par le poison cholérique ou par les médicaments administrées nous ne voyons ni phénomènes conjectifs ni accidents d'aucun genre, et, comme une bonne œuvre, l'antiseptique laisse ignorer sa présence que ses bienfaits seuls proclament.

Je ne puis terminer cette étude sans appeler l'attention sur le danger qu'il y a à administrer de l'opium et de l'alcool dans le choléra. Dans le collapsus, ces substances ont toujours une action des plus nuisibles, et leur emploi est généralement suivi de réactions anormales. Je comprends que l'on donne un peu d'opium dans le premier degré; uni à des antispasmodiques et à des excitants, l'opium a une action favorable sur *quelques symptômes* du début; mais, après tout, ce n'est qu'un médicament symptomatique qui ne remplit pas l'indication causale et qui ne peut être largement administré sans grand danger dans une maladie où la paralysie des vaso-moteurs est tant à craindre. L'alcool, sous toutes ses formes, est encore plus à redouter; on peut permettre un peu de rhum ou d'eau-de-vie dans le malaise du premier degré, pour relever le moral du malade; mais, comme base de traitement, je n'en connais aucun qui donne d'aussi mauvais résultats que l'alcool. Les symptômes de la maladie ne le justifient pas, car l'alcool abaisse la température, et il ajoute des hydrocarbures à un sang déjà privé d'oxygène. — Qu'il soit populaire, passe encore; mais, scientifiquement, il doit être banni et condamné.

Dès que les phénomènes de la réaction anormale se déclarent, le rôle du médecin, souvent passif jusqu'alors, devient des plus importants. Il faut éviter les congestions par des révulsifs, réduire l'excès de température par du sulfate de quinine et des alcools, exciter la sécrétion urinaire au moyen de ventouses sèches et de teinture de cantharides, enlever les sucs altérés du tube digestif et ramener les sécrétions glandulaires par quelques grains de calomel, et supporter les forces par des vins généreux, des extraits de viande, du laitage, etc.

---

en majorité dans le conseil général, ce soit aussi l'élément parisien qui soit plus favorisé dans la répartition des pensions.

Moi : Autre grave erreur. Dans le conseil général, une commission de présentation est instituée, composée du président, du secrétaire général, du trésorier et de six membres désignés tous les ans par l'Assemblée générale. L'Assemblée est donc libre de nommer dans cette commission six membres appartenant aux départements et de donner ainsi à l'élément départemental une énorme majorité. Laissez-moi vous rappeler que, pendant la discussion de ce règlement, l'élément parisien du Conseil général, par l'organe de son président, a très-carrément émis cette opinion, que tout ce qui pourrait diminuer ou annihiler même sa responsabilité lui serait entièrement agréable. Rappelez-vous enfin que l'Assemblée générale, où l'élément provincial est en majorité, est toujours souveraine et qu'elle accorde ou refuse la pension, sans recours ni appel.

Un autre confrère : D'après l'abrogation de l'article des statuts de la Caisse des pensions qui fixait le minimum de la pension à 600 fr., il s'ensuit qu'il n'y a plus de minimum, et que la pension peut descendre à 300 fr., à 200 fr. et même au-dessous. Les pensions à ce taux sont dérisoires et peu dignes de la profession.

Moi : J'ai pensé comme vous, et j'ai hésité à voter l'abrogation du minimum de 600 fr. Je me suis rendu aux bonnes raisons données par notre trésorier, si compétent. Pourquoi se lier les mains par un minimum? Il peut se rencontrer des situations où un minimum de 600 fr. ne sera pas nécessaire et qu'une pension de 300 ou 400 francs, ajoutée à d'autres ressources, soit suffisante. Maintenant, ne pensez-vous pas qu'il soit plus avantageux pour l'œuvre et sa propagation de pouvoir multiplier les pensions, c'est-à-dire d'en pouvoir donner beau-

Il est un symptôme qui persiste souvent après que la réaction s'est franchement établie et qui, jusqu'alors favorable, peut devenir dangereux par l'épuisement qu'il entraine; je veux parler des vomissements. Dans ces cas, aux Indes, je me suis souvent servi d'une préparation de charbon végétal, recommandée par le docteur Belloc : il m'a toujours donné des résultats très-satisfaisants; ses propriétés absorbantes et antiseptiques trouvent, dans ces cas, une application des plus heureuses. Des eaux gazeuses glacées, des vésicatoires volants sur l'épigastre, des toniques, des amers, etc., ne devront pas non plus être négligés; car il est d'une haute importance que les troubles digestifs disparaissent promptement.

En résumé, le traitement du choléra que je préconise est le suivant : dès les premiers symptômes, il faut promptement administrer l'antidote; un lavement chaud de 400 grammes de liquide, contenant 10 gr. de chloralum et une potion à la glace, de 40 gr., contenant un gr. de chloralum, devront être donnés de suite. Le lavement et la potion devront être répétés au bout d'une heure ou à des périodes plus éloignées, selon les cas, aux mêmes doses ou à des doses plus ou moins fortes. Souvent, un seul lavement et une seule potion suffiront; on pourra, en même temps, donner quelques pilules de Bengale, de l'eau gazeuse glacée, maintenir la chaleur par le séjour au lit et par d'autres moyens, et stimuler la peau par des applications révulsives. Pas ou très-peu d'opium, et pas d'alcool au deuxième degré, et surtout bien se garder de donner de l'opium et de l'alcool quand la maladie a gagné la période de collapsus. L'expérience a condamné l'usage des émétiques et des purgatifs, car leur action est rapidement suivie de selles eau de riz et de collapsus. Les forces du malade doivent être soutenues par de l'extrait de viande, des consommés, du lait additionné de pepsine, etc. De la glace dans la bouche, mieux que tout liquide, satisfait la soif ardente des cholériques et permet à une certaine grande quantité d'eau d'être absorbée. Durant la réaction, et pendant la convalescence, des soins constants et une surveillance médicale incessante devront entourer le malade.

Je suis persuadé qu'avant peu le savoir des médecins français complétera les omissions et les imperfections de cette thérapeutique nouvelle. Amis de la science, quelle que soit son origine, ils sont toujours prompts à appuyer et à soutenir les idées saines et justes, et, en plaçant ce petit travail entre leurs mains, je me repose sur leur bienveillance et je m'adresse à leur impartialité; et en leur demandant

---

coup de petites que très-peu de grosses? D'ailleurs, une petite pension peut être augmentée successivement et selon les besoins du sociétaire. Je ne crois pas, enfin, que jamais les assemblées générales votent une pension dérisoire et humiliante.

Un autre confrère : L'institution de cette Caisse de pensions viagères d'assistance est certainement un progrès et une amélioration professionnelle. Mais un grand nombre de médecins attendaient autre chose et mieux, c'est-à-dire le droit pour tous à la retraite après un temps déterminé de pratique médicale.

Moi : Je le sais bien, ces aspirations se sont fait jour de tous côtés, et j'en ai été bien affligé pour le Corps médical.

Le confrère : Pourquoi cela?

Moi : Parce que ces aspirations ont prouvé que ces confrères ont besoin de faire leur éducation financière et économique. Avec quoi, s'il vous plaît, constituer un capital suffisant pour donner le droit à la retraite? Est-ce avec les misérables douze francs par an que nos trésoriers ont d'ailleurs tant de peine à recouvrer? Les médecins qui veulent se constituer des rentes pour leurs vieux jours n'ont pas besoin de l'Association; ils n'ont qu'à verser un capital ou une forte prime annuelle aux Compagnies d'assurances ou aux Tontines. Savez-vous la somme que l'Association doit verser à la Caisse de la vieillesse pour constituer une pension de 600 fr.? Treize mille francs! Or, pour constituer seulement 200 pensions viagères de 600 fr., ou 100 de 1,200 fr., il faudrait que l'Association possédât et pût aliéner un capital de DEUX MILLIONS SIX CENT MILLE FRANCS. Ah! si l'institution dont nous sommes en possession aujourd'hui avait été fondée la première année de ce siècle, nous arriverions aujourd'hui bien près du *droit* à la retraite; mais il faut nous contenter aujourd'hui de la pension viagère facultative. Et c'est

d'accepter une médication rationnelle et physiologique, c'est avec l'espoir qu'ils la développeront et en feront sortir des résultats plus beaux et plus complets que ceux que, livré à moi-même, j'aurais vainement tenté d'obtenir.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Il y a quelques séances déjà, M. P. Truchot a envoyé à l'Académie une note sur la proportion d'acide carbonique existant dans l'air atmosphérique, et sur les variations de cette proportion en raison de l'altitude. Cette note nous est demandée ; nous lui consacrons donc un de nos *Bulletins*.

« Le dosage a été effectué par une méthode qui consiste à faire passer de l'air dans l'eau de baryte préalablement titrée, à laisser ensuite déposer le carbonate formé, puis à titrer de nouveau la liqueur limpide surnageante, dont on sépare une quantité connue avec une pipette.

Un appareil de Woolf est formé de quatre tubes fermés par un bout, de 10 centimètres de haut et de 2 centimètres de diamètre, reliés comme de coutume par des tubes de verre. Chacun de ces tubes reçoit 10 centimètres cubes d'eau de baryte, titrée au moyen d'une liqueur contenant 4 gr. 9 d'acide sulfurique par litre. Après avoir constaté que cette eau de baryte est bien limpide, ce qu'on obtient sans difficulté, on y fait passer lentement, au moyen d'un aspirateur ordinaire, de 10 à 20 litres d'air. Ordinairement, 10 litres suffisent, à cause de la grande sensibilité de la méthode résultant de l'emploi des liqueurs titrées : en effet, une goutte de la solution sulfurique, qui suffit amplement à rougir la teinture de tournesol et qui forme le tiers d'une division d'une burette divisée en dixièmes de centimètre cube, correspond à environ 0 milligr. 07 d'acide carbonique.

Dans toutes les expériences, le liquide du quatrième tube, celui qui est le plus rapproché de l'aspirateur, est toujours resté limpide ; c'est un tube témoin ; le troisième ne présentait souvent qu'un très-léger louche. Le passage de l'air terminé, on laisse déposer le carbonate de baryte et l'on prélève successivement, au moyen d'une pipette graduée, 5 centimètres cubes dans chacun des trois premiers tubes. Ces 15 centimètres cubes, réunis dans un verre, sont additionnés de quelques gouttes de tournesol très-sensible et saturés par la liqueur titrée d'acide sulfurique. Un simple calcul donne la proportion d'acide carbonique fixée. L'observation du thermomètre et du baromètre permet de ramener le volume de l'air à zéro et à 760 millimètres.

Des observations presques journalières ont été faites à Clermont-Ferrand, pendant les mois de juillet et d'août, soit sur une terrasse élevée d'une maison qui touche à l'entrée de la Limagne, soit dans la campagne, à quelques kilomètres de la ville.

---

déjà beaucoup que, en si peu de temps, sans subsides ou subventions, avec les seules ressources et les générosités des associés, nous puissions parvenir à l'établissement de ces pensions.

Un autre confrère : Il n'est rien dit des veuves et des enfants des pensionnés ; la pension n'est donc pas reversible sur eux ?

Moi : Non, et cela par cette raison que les veuves et les enfants sont secourus par la Caisse de secours des Sociétés locales. Ainsi, vous le voyez, par un mécanisme simple et facile, aucune infortune ne peut rester sans secours dans l'Association : secours éventuel et immédiat pour l'accident, l'empêchement temporaire, pour la veuve et les enfants ; pension pour le vieillard et l'infirme ; que veut-on donc de plus à une Association libre, qui ne demande pour réaliser ces bienfaits que l'infime somme de 1 franc par mois ?

Un autre confrère : Je conviens que l'Association va réaliser une grande et féconde institution par la Caisse des pensions viagères ; mais, enfin, l'Association est une institution humaine, et, comme telle, sujette à des éventualités désagréables ; elle peut s'amoindrir, se disloquer, elle peut périr. Alors, qui restera responsable, vis-à-vis des pensionnés, du payement de leur pension ? Si l'Association est dissoute, que restera-t-il à sa place ?

Moi : Vous n'avez pas bien lu les documents relatifs à la Caisse des pensions viagères, puisque vous me posez des questions qui sont déjà résolues. Veuillez bien m'écouter : Une pension viagère est votée par l'Assemblée générale de l'Association ; aussitôt, le trésorier-directeur de cette Caisse va déposer à la Caisse de la vieillesse le capital dont les intérêts sont nécessaires au service de la pension, au nom du pensionnaire. Ce dépôt dégage complétement l'Association ; elle peut se disloquer et périr, le pensionnaire n'a rien à craindre, il est devenu

Les moyennes des résultats obtenus dans diverses circonstances montrent :

1° Que la proportion d'acide carbonique est un peu plus forte pendant la nuit que pendant le jour; c'est ce qui a été constaté déjà, notamment par Th. de Saussure, qui a trouvé, sur 10,000 volumes d'air, 4 volumes pendant le jour et 4,3 pendant la nuit, et par M. Boussingault, qui a obtenu 3 vol. 9 pendant le jour et 4,2 pendant la nuit.

2° Que la proportion d'acide carbonique n'est pas sensiblement plus élevée à la ville qu'à la campagne, hors de l'influence directe de la végétation.

3° Que, dans le voisinage des plantes à feuilles vertes en pleine végétation, la proportion d'acide carbonique varie notablement, suivant que ces parties vertes sont éclairées par le soleil, ou à l'ombre, ou qu'elles sont tout à fait dans l'obscurité, ce qui correspond à un fait bien connu de physiologie végétale.

4° Qu'une moyenne générale serait représentée de la manière suivante :

Poids de l'acide carbonique par litre d'air.	0 milligr. 814
Volume pour 10,000 d'air.	4 milligr. 09

Ces chiffres se rapprochent beaucoup de ceux que Th. de Saussure (4 vol. 15), Thenard (4 vol. 0), Verver (4 vol. 2), M. Boussingault (4 vol. 0) ont obtenus, mais sont notablement supérieurs à ceux que des savants allemands, M. F. Schulze (2 vol. 9) et M. Henneberg (3 vol. 2) ont trouvés dernièrement à Rostock et à la station de Weende.

Tous ces résultats se rapportent à l'air atmosphérique pris à la surface du sol, là où la végétation, les fermentations, les combustions produisent ou décomposent tour à tour l'acide carbonique; mais il était intéressant de savoir si la proportion de ce gaz dans l'air ne varierait pas avec l'altitude. Le voisinage du Puy-de-Dôme, célèbre par l'expérience mémorable de Pascal, a donné l'idée de cette recherche. M. Truchot a donc dosé à peu près simultanément l'acide carbonique : à Clermont-Ferrand, à une hauteur de 395^m au-dessus du niveau de la mer; au sommet du Puy-de-Dôme, élevé de 1,446^m, et au sommet du pic Sancy, qui mesure 1,884 mètres.

Les chiffres des analyses faites indiquent que la proportion d'acide carbonique diminue assez rapidement à mesure qu'on s'élève dans l'atmosphère, et ce résultat n'a rien d'étonnant lorsque l'on considère, d'une part, que c'est à la surface du sol que se produit l'acide carbonique, et, de l'autre, qu'il est notablement plus lourd que l'air. »

Dans la même séance, M. Pierlot avait adressé une note concernant une pile au chlorure de plomb.

« On place, au fond d'un vase de verre ou de porcelaine, 500 grammes environ de chlorure de plomb; on y enfonce une plaque de plomb fixée à un fil de même métal, isolé

---

pensionnaire de l'État, inscrit sur le grand-livre, et, jusqu'à sa mort, il jouira de sa pension. C'est par ce système de sécurité que la fondation de l'Association générale se distingue d'autres projets, dont il a été question dans ces derniers temps, et qui imposera aux associations qui y auront recours des conditions de garantie et de responsabilité qui pourront même s'étendre à leurs membres, et tout au moins à leurs dignitaires. Il serait bon que ces Associations se préoccupassent de ces éventualités. Chez nous, rien à craindre pour personne. Le dépôt accompli, l'Association est libérée, et le pensionnaire entre en jouissance de sa pension, incessible et insaisissable.

Un autre confrère : Le capital de la Caisse des pensions viagères sera bientôt absorbé par la constitution successive des pensions, et bien à craindre il est qu'il ne se renouvelle pas en proportion des demandes nouvelles de pension. Pour les demandes nouvelles qui pourront se produire, il faudra donc attendre la reconstitution d'un capital?

Moi : Vous raisonnez, cher confrère, dans l'hypothèse que, à chaque constitution de pension, le capital est aliéné est perdu. Grave erreur, et vous n'avez pas lu dans les documents cette significative épithète accolée au capital : *réservé*. Capital réservé; c'est-à-dire que, à la mort du titulaire, le capital revient à l'Association pour constituer une pension nouvelle à un nouvel impétrant. De sorte que le capital de la Caisse des pensions ne peut jamais s'amoindrir, et que, au contraire, il doit s'accroître sans cesse.

Je crois avoir passé en revue les principales réflexions qui m'ont été adressées, et répondu aux diverses questions qui m'ont été posées.

Le Corps médical français est aujourd'hui en possession d'une institution appelée dans un avenir, qu'il est le maître d'avancer ou de retarder, à changer les destinées de la profession. J'espère qu'il va s'établir un courant d'opinion irrésistible, surtout parmi les jeunes confrères entrant dans la carrière.

Dr Simplice.

au moyen d'un vernis, puis une plaque de zinc, d'environ 9 millimètres d'épaisseur, amalgamée et enveloppée d'un sac de papier dialyseur; on ajoute de l'eau tous les deux ou trois mois; le courant est à la fois énergique et constant. »

Cette note sera soumise à l'examen de M. Edm. Becquerel. — M. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 octobre 1873. — Présidence de M. Depaul.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA.

M. Chauffard continue ainsi :

J'ai hâte d'arriver à l'étude des diarrhées saisonnières, et de considérer leur rôle dans la genèse des épidémies cholériques. Suivant M. Jules Guérin, ce rôle est considérable et même nécessaire. Les diarrhées naissent d'abord sous l'influence de conditions atmosphériques générales; ces diarrhées préparent le milieu où s'organisent et fermentent les germes d'une épidémie cholérique. Dans ce milieu, en progrès pathologique incessant, surgissent d'abord des choléras isolés, dits sporadiques; puis, après une incubation plus ou moins prolongée, quand l'intensité pathogénique est arrivée à son summum, éclate enfin l'épidémie cholérique. Celle-ci n'a rien d'une arrivée subite et inattendue. Une lente et sourde gestation l'annonce; elle est ébauchée avant de se présenter avec ses traits achevés et son organisation définitive. La science peut la suivre à travers ces ébauches successives, allant des diarrhées communes aux diarrhées spécifiques, de celles-ci au choléra sporadique, de celui-ci enfin au choléra épidémique. Dans cette genèse, l'importation du choléra épidémique s'évanouit, la spontanéité s'affirme seule.

Toute cette construction est, sans doute, ingénieuse; mais il n'est pas un point sur lequel elle s'appuie qui ne consacre une erreur. Ainsi, je vais l'établir : les diarrhées saisonnières sont d'une autre nature que les diarrhées qui sévissent en temps d'épidémie cholérique; elles ne préparent ni n'annoncent ces épidémies. Celles-ci se déclarent sans reconnaître, comme avant-coureur, une constitution diarrhéique prémonitoire. Les cas individuels de choléra épidémique eux-mêmes ne sont pas nécessairement précédés d'une diarrhée prodromique. Cette diarrhée, quand elle existe, est une part constituante de la maladie, et n'a aucun rapport avec les diarrhées communes ou de cause banale. Il est des constitutions médicales, caractérisées par l'intensité et le nombre des diarrhées régnantes, et qui ne sont aucunement suivies d'épidémie cholérique. Ces diverses propositions, avec leurs corollaires naturels, sont directement opposées aux théories soutenues par notre savant collègue; il ne me sera pas difficile de prouver qu'elles expriment la vérité.

Je ne m'étendrai pas sur le premier et le plus important des faits cliniques que je viens d'énoncer, la différence de nature entre les diarrhées saisonnières et les diarrhées cholériques. J'ai longuement traité ce sujet devant l'Académie, dans la séance du 11 août 1868. Les diarrhées saisonnières régnaient à ce moment avec une remarquable intensité, et M. Jules Guérin, fidèle à sa doctrine, déclara que ces diarrhées préparaient une nouvelle épidémie cholérique; déjà il signalait quelques premiers cas de choléra, indices de l'épidémie future. Ce fut l'occasion du travail que je soumis à l'Académie, et qui avait pour sujet l'étude comparée des diarrhées saisonnières et des diarrhées cholériques. Je montrai que tout contribuait à séparer ces deux espèces de diarrhée : symptômes, marche et terminaison de la maladie, nature des flux intestinaux, état général des forces, physionomie propre des malades, conditions étiologiques et traitement. Qu'il me soit permis de rappeler que ce travail n'a été l'objet d'aucune réfutation. Je ne dirai pas que M. Jules Guérin l'ait laissé sans réponse; mais cette réponse ne le visait pas. Notre collègue se borna à défendre les appréhensions que lui causaient les diarrhées estivales qui sévissaient, en citant cinq observations de choléra recueillies par le médecin de la maison de détention de Gaillon. Sur ces cinq cas de choléra, quatre avaient guéri, ce qui suffit à montrer à quelle espèce morbide on avait affaire.

Je n'ai donc pas à reproduire et à défendre les conclusions de ce travail. Je m'en tiendrai à signaler, entre les diarrhées saisonnières et les cholériques, le caractère différentiel qui résume tous les autres : les unes, affections communes, sont impuissantes à se propager par contagion; les autres, véritables affections spécifiques, forme bénigne du choléra, se transmettent et transmettent par contagion le choléra, et celui-ci, ainsi transmis, peut se produire sous sa forme la plus grave. M. Jules Guérin reconnaît ces derniers faits, et il a cité des cas où le choléra a été importé dans des localités où il ne régnait pas, par l'arrivée de malades atteints de simple diarrhée contractée dans une localité visitée par le choléra. Oui, la diarrhée cholérique est contagieuse, et elle peut engendrer le choléra confirmé et grave. Les diarrhées sai-

sonnières ne sont pas douées de cette propriété; elles sont impuissantes à se communiquer et à communiquer le choléra.

M. Jules Guérin repousse une distinction qui ruinerait tout son système pathogénique. Les diarrhées saisonnières ne seraient plus de même nature que les diarrhées cholériques, si elles n'étaient contagieuses; cette contagion, notre collègue prétend la démontrer par ce fait que ces diarrhées sévissent en même temps sur un grand nombre d'individus. Ainsi, dans une salle d'hôpital, un grand nombre de malades seront à la fois saisis de diarrhée; ce serait là œuvre et preuve de contagion. Il n'est pas besoin d'insister beaucoup pour montrer qu'une pareille démonstration est sans valeur. Par cela seul que ces diarrhées sont dues à une cause générale, à une constitution saisonnière, à laquelle les populations entières sont nécessairement soumises, il s'ensuit que ces diarrhées doivent simultanément apparaître sur un grand nombre d'individus, alors surtout que ceux-ci suivent un même régime, habitent ensemble, obéissent aux-mêmes règles. Elles séviront en proportion de l'intensité de la cause générale qui les provoque. Pour établir que les diarrhées saisonnières sont réellement contagieuses, il faudrait observer des cas d'importation du mal par l'arrivée d'un diarrhéique dans une localité indemne; il faudrait citer l'importation de la diarrhée dans une maison où elle n'existait pas, et montrer tous les membres d'une famille successivement atteints par leur communication avec un malade arrivant. Et même de tels faits seraient peu probants. Car les conditions saisonnières qui occasionnent ces diarrhées ne se limitent pas à une localité, mais s'étendent sur le pays tout entier; on serait toujours en droit d'invoquer leur influence. Il faudrait, non quelques rares exemples de prétendue importation, mais des exemples réitérés, fréquents, accompagnés de circonstances qui leur donnent une probabilité particulière. Il faudrait mieux que cela; il faudrait des cas pareils à ceux mentionnés par M. Jules Guérin à propos de la diarrhée cholérique. Celle-ci, même simple et bénigne, a importé le choléra; si les diarrhées saisonnières sont contagieuses et de même nature que les diarrhées cholériques, elles doivent, comme ces dernières, importer le choléra. Est-il besoin d'ajouter que de pareils faits n'ont jamais été observés?

Distinctes par l'ensemble de leurs symptômes, distinctes en ce que les unes sont communes et non transmissibles, et les autres spécifiques et contagieuses, les diarrhées saisonnières et les diarrhées cholériques se distinguent encore pour le praticien qui a mission de lutter contre elles. Les diarrhées saisonnières, quand elles restent simples diarrhées et ne dégénèrent pas en dysenterie, ces diarrhées, convenablement traitées, guérissent sûrement; souvent les seuls soins du régime y suffisent. Leur pronostic est donc favorable de soi. Il est bien entendu que j'en excepte les diarrhées infantiles et leur forme grave, le choléra infantile, que M. Jules Guérin, contre tous les enseignements de la pathologie, a englobé parmi les diarrhées cholériques et les cas de choléra vrai. Je n'insisterai pas sur cette grave erreur, due sans doute au désir d'agrandir le cadre des conditions pathogéniques du choléra; je me borne à protester contre elle, à mon tour, afin que, sur la haute autorité de notre collègue, quelques-uns n'arrivent pas à confondre des affections aussi dissemblables. Cela dit, je reviens au caractère bénin et à la facile curabilité des diarrhées saisonnières. La diarrhée cholérique est autrement résistante aux moyens thérapeutiques; sa marche est souvent insidieuse, et parfois tend fatalement à une issue funeste. Je sais que cette manière de voir est énergiquement combattue par M. Jules Guérin; il a souvent dit, et il a répété dans ses derniers discours, « qu'il était toujours possible d'arrêter le développement du degré mortel du mal en l'attaquant à son degré curable, » c'est-à-dire à l'état de diarrhée. Il n'est pas un médecin d'hôpital qui puisse accéder à une proposition aussi absolue.

La mortalité sur les cas de choléra dits intérieurs, c'est-à-dire développés dans les salles d'hôpital, est énorme; et néanmoins la plupart de ces cas sont traités dès que la diarrhée apparaît. Si quelques malades dissimulent la diarrhée dont ils sont atteints, le plus grand nombre se hâte de réclamer les secours de l'art. Ces secours demeurent trop souvent impuissants. Pour ma part, j'ai fait à cet égard les observations les plus concluantes, et je regarderai comme téméraire et pleine d'illusions une confiance qui croirait toujours dominer les dangers qui menacent tout malade affecté de diarrhée cholérique. Si l'on maîtrise souvent cette diarrhée, il est des cas où l'on ne peut prévenir le fléau dont elle est la manifestation première. Le pronostic et la thérapeutique viennent donc renforcer le faisceau de preuves qui établissent une complète séparation entre les diarrhées saisonnières et les diarrhées cholériques.

Il ne faut pas, en outre, exagérer les relations qui existent entre la diarrhée et le choléra: l'une ne précède pas nécessairement l'autre, malgré les assertions, toujours trop absolues, de mon savant collègue. C'est même là un des caractères qui marquent le choléra épidémique, qu'il peut survenir d'emblée, ou très-peu après les premières évacuations, et se montrer alors aussi violent dans ses symptômes que si la diarrhée eût lentement préparé le terrain. Ces cas sont rares, je le veux bien, mais ils n'en existent pas moins, et montrent à quel point le cho-

léra importé se sépare de toutes les maladies cholériformes spontanées. Je dis que ces cas sont rares; mais cette rareté varie suivant les épidémies; et la dernière épidémie, celle de 1866, a été, à ce point de vue, bien différente des épidémies antérieures. Tous les médecins ont noté à cette époque la fréquence relative des choléras d'emblée. Récemment, l'un de nos plus distingués collègues des hôpitaux, le docteur Damaschino, communiquait à la Société médicale des hôpitaux le relevé des observations recueillies par lui dans l'épidémie de 1866. Sur 101 cholériques, la diarrhée initiale avait manqué absolument 35 fois; chez 22 malades, la diarrhée parut de 1 à 6 heures avant les autres symptômes de la maladie confirmée; une si courte durée équivaut vraiment à l'absence du symptôme : on aurait donc un total de 57 cas sur 101, dans lesquels la diarrhée prodromique aurait fait défaut. Dans 9 autres cas, la diarrhée se montra au plus 12 heures avant l'attaque de choléra confirmé. L'épidémie actuelle semble se présenter avec une physionomie analogue. La plupart des observateurs le constatent. Sur 11 malades observés par lui, M. Damaschino a trouvé que 4 fois le début de l'attaque cholérique a été subit. Chez un douzième malade, non compris dans le chiffre précédent, il existait une diarrhée ancienne, datant de 6 mois; le choléra éclata brusquement sans que le flux intestinal se fût préalablement modifié. Je n'ai pas besoin d'insister sur la signification de ces faits, recueillis par un médecin accoutumé à l'observation sévère, qui connaît et qui signale lui-même les difficultés qu'offre l'interrogation des malades, mais à qui la pratique des hôpitaux permet de surmonter ces difficultés et d'atteindre à une appréciation exacte des faits.

J'ai hâte d'arriver à la prétendue constitution médicale, caractérisée par le règne de diarrhées nombreuses, qui toujours précéderait et préparerait l'explosion des épidémies cholériques. C'est sur l'existence de ces constitutions que s'appuient surtout les médecins partisans de la spontanéité du choléra épidémique. Ces médecins s'efforcent d'établir, à chaque épidémie, que les diarrhées existaient dans les localités où le choléra semble éclater brusquement. L'existence de ces diarrhées leur est une raison suffisante pour affirmer que le choléra n'est que l'expression exagérée de ces mêmes diarrhées. Donc, toutes les fois que les diarrhées sévissent, il faut courageusement avertir les populations, et annoncer comme imminente une épidémie de choléra. C'est le rôle que joue fidèlement notre convaincu collègue, et cela presque chaque année, au moment où les fortes chaleurs amènent le retour des diarrhées saisonnières. Prenez garde, dit alors M. J. Guérin, le choléra s'avance. Notre collègue insista, dans l'été de 1868, sur cette prédiction peu rassurante pour un public crédule, mais fort inoffensive en réalité. A la suite d'extrêmes chaleurs, les diarrhées, cette année, prirent une intensité extraordinaire. Peu de personnes échappèrent à cette influence. Quelques rares cas de choléra sporadique se mêlèrent accidentellement à ces diarrhées. Cette constitution médicale ne sévissait pas seulement sur Paris, mais sur la France entière. Sur de nombreux points, de sérieuses épidémies de dysenterie s'établirent, comme le prouvèrent les rapports adressés, l'année suivante, à la commission des épidémies, dont j'avais l'honneur de faire partie. Donc, la constitution était toute aux diarrhées, aux troubles intestinaux; aussi, M. Jules Guérin annonça-t-il publiquement le choléra : « J'affirme pour ma part, dit-il à l'Académie dans la séance du 4 août, que les influences saisonnières ne sont pas seules à être en jeu. Nous sommes en présence d'un grand fait; et si l'avenir confirmait la supposition que j'ai émise, si le choléra venait à paraître, il y aurait là une grande démonstration scientifique. Il serait certain que le choléra n'est pas seulement contagieux et susceptible d'être importé, ce qui est incontestable, mais qu'en outre il est susceptible de naître dans tous les pays. »

Or, le *grand fait* annoncé par notre collègue ne se produisit pas; nous n'eûmes point le choléra. Sans être prophète, il nous fut aisé de prédire le démenti qu'allaient recevoir les théories de la naissance spontanée du choléra. Le choléra épidémique ne sévissait, à ce moment, sur aucune contrée d'où il pût nous être importé; il ne pouvait donc pas nous arriver.

Combien était différente la situation au moment où survint le choléra de 1865! Cette épidémie, comme le rappelait à la Société des hôpitaux mon très-distingué collègue et ami, le docteur Besnier, surgit au milieu de conditions sanitaires exceptionnellement favorables; les troubles intestinaux étaient fort rares. Mais le choléra, importé en Égypte par les pèlerins de la Mecque, avait abordé à Marseille par la voie maritime; de Marseille il menaçait directement Paris, tant les communications sont actives entre ces deux grandes villes. Aussi, malgré l'absence de toute constitution médicale préalable, le choléra se déclara au sein de l'immense agglomération parisienne, où du Nord et du Midi affluent d'incessants convois humains. Cette année, les diarrhées s'étaient montrées nombreuses en juillet et août, gardant leur caractère de maladies saisonnières; elles avaient progressivement diminué, puis ont reparu brusquement au moment où le choléra a fait invasion. Celle-ci était aisée à prévoir, non à cause de la constitution médicale, mais parce que le fléau qui sévissait en Hongrie et en Autriche s'était peu à peu rapproché, et que, par la voie maritime, il avait gagné le Havre. Aussitôt constaté au Havre, on pouvait l'annoncer à Paris. Au lieu de nous arriver d'un port du Midi,

il nous arrivait d'un port du Nord. Ni dans un cas, ni dans l'autre, le choléra n'était né sur place.

Je sais bien que M. Jules Guérin repousse dédaigneusement les enseignements de tels faits ; il conteste le système des témoignages, et ne veut pas se mêler à un conflit d'affirmations et de dénégations qui se contredisent. Il prétend se confier uniquement à une méthode appuyée sur l'étude approfondie et plus générale des diverses formes, des divers degrés de la maladie, sur l'évolution, sur l'embryogénie du choléra. Mais sur ce terrain même où nous venons de le suivre, les faits interviennent, et ce sont eux qui décident. C'est en restant sur ce terrain, et en invoquant les faits, que nous opposerons aux théories de notre collègue la loi suivante : une constitution médicale caractérisée par les diarrhées saisonnières, même lorsque celles-ci sévissent avec intensité et frappent la majeure part des populations, n'a jamais été suivie de choléra épidémique, lorsque celui-ci ne régnait pas déjà dans des contrées voisines, ou en communication maritime avec le pays où règnent ces diarrhées. Je ne pense pas qu'il soit au pouvoir de M. Jules Guérin d'infirmer cette proposition. A elle seule, elle renverse tout son échafaudage embryogénique.

La nécessité de trouver une constitution médicale préparatoire du choléra épidémique a conduit parfois notre collègue aux suppositions les plus inattendues, à des rapprochements vraiment étranges. Ainsi, par exemple, pendant les mois de juin, juillet et août 1831, se montrèrent, comme tous les ans, durant les chaleurs, des flux intestinaux, affectant chez quelques-uns la forme dysentérique, chez d'autres la forme d'un flux bilieux. Le choléra, à ce moment, sévissait à Saint-Pétersbourg. M. Jules Guérin, qui, dès cette époque, avait conçu sa théorie, ce qui prouve bien qu'elle devançait les faits, M. Jules Guérin laissa soupçonner que cette constitution médicale n'était pas sans rapport éloigné avec le choléra qui ravageait le nord de l'Europe. Or le choléra ne suivit pas, en France, ces diarrhées de l'année 1831 ; il n'éclata sur Paris qu'en mars 1832, à un moment où les diarrhées estivales ne régnaient pas à coup sûr. Que fit alors notre collègue ? Il déclara que la constitution préparatoire du choléra peut se montrer plusieurs mois à l'avance, puis s'effacer en apparence, mais continuer son œuvre cachée, et provoquer enfin la plus terrible explosion cholérique. C'est ainsi, affirme-t-il, que le choléra de 1832 fut annoncé et préparé plus de six mois à l'avance, par les diarrhées du mois de juillet et d'août 1831. Où se trouve la preuve de tels rapports, établis à travers de si étonnants espaces de temps ? Je ne la vois nulle part, sinon dans la volonté et dans l'imagination de notre collègue. Il a besoin de plier les faits au système pathogénique qu'il a imaginé ; tant pis si les faits résistent et si les esprits s'étonnent. Que dirait-il de notre collègue, M. Fauvel, et de la Conférence de Constantinople, si cette Conférence et son rapporteur avaient enfanté de pareilles interprétations des choses, et fondé la doctrine du choléra épidémique sur des conceptions aussi arbitraires ?

Je ne comprends vraiment pas comment il a été possible à quelques esprits, très-distingués d'ailleurs, d'allier les idées de constitution médicale et d'épidémie cholérique. La marche successive du choléra épidémique envahissant par étapes, cheminant par sauts brusques le long des grandes voies de communication, allant d'un port à un autre, d'une ville à une ville, laissant souvent des points indemnes entre les points attaqués, respectant telle localité, et frappant telle autre dans une même contrée, régnant dans les saisons les plus diverses, ici l'été, plus loin l'automne, plus loin encore l'hiver, suivant le temps qu'il a mis à marcher d'une localité à l'autre, est-ce que cette marche n'est pas la négation formelle de toute relation possible avec une constitution médicale ? Comment celle-ci pourrait-elle se prêter à ces déplacements, à ces envahissements du choléra ? Est-ce que les constitutions médicales se déplacent, cheminent, apparaissent sur un point, manquent en un point voisin, puis envahissent ce point alors que le premier redevient indemne ? Non, cette marche est celle d'une maladie épidémique, que la contagion propage et porte çà et là, nullement celle d'une constitution médicale. Celle-ci naît sous des influences générales, tenant aux conditions de l'atmosphère, des saisons, du sol, des habitats ; elle naît et s'épuise sur place, suivant que surgissent ou s'éteignent ces influences. Concevrait-on ces influences cheminant en un sens quelconque ? Lorsque la constitution médicale est due aux qualités de la saison, comme celle qui provoque les diarrhées saisonnières, et qui aurait la faculté prétendue de préparer le choléra, elle se généralise, s'étend sur toute l'étendue du pays, et le choléra qu'elle provoquerait devrait apparaître simultanément sur tout le pays où règne cette constitution. Or, c'est l'inverse qui a lieu. Le choléra n'envahit une contrée que par un point ; en 1865, c'est par Marseille ; en 1873, c'est par le Havre. La constitution médicale créée par la saison a disparu depuis longtemps lorsque le choléra se déclare sur d'autres points, et gagne tantôt par ici, tantôt par là, suivant que des importations secondaires le disséminent peu à peu. En 1865, la Sicile s'est préservée du choléra qui ravageait l'Italie, en éloignant, même à coups de canon, les navires qui auraient pu le lui apporter. Ces coups de canon auraient-ils eu le pri-

vilége de la préserver pareillement de la constitution médicale qui prépare le choléra? Cette île a-t-elle été délivrée des diarrhées estivales, et les extrêmes chaleurs n'auraient-elles pas chez elle l'action nuisible et cholérigène qu'elles présentent ailleurs? En vérité, sachons le reconnaître, c'est aller contre toute raison médicale que de vouloir unir par des liens nécessaires l'existence d'une constitution médicale à la genèse du choléra. Une constitution médicale ne saurait marcher, et le choléra marche. Nulle maladie épidémique n'est plus étrangère à une constitution morbigène que celle qui est due à une importation, et qui chemine par petites importations successives. Il y a là deux ordres de faits antipathiques, et on aura beau les torturer pour les contraindre à une association contre nature, on n'aboutira qu'à des fictions qui, si j'ose parler comme notre collègue, ne sont pas dignes d'une argumentation sérieuse.

Cette longue discussion, dont voici le terme, n'a eu qu'un but : mettre en relief les caractères réels du choléra épidémique, et le séparer plus nettement des affections qui lui ressemblent par quelques symptômes ou par un ensemble de symptômes. Je puis la résumer en ces mots : Le choléra sporadique et le choléra épidémique ne se montrent semblables que pendant une seule période de la maladie, celle qui est constituée par l'algidité cyanique. Ce syndrome de l'algidité est commun à une foule d'affections diverses; il n'a donc pas une valeur propre à établir l'identité de certaines maladies dans lesquelles on l'observe. Les autres périodes du choléra sporadique et de l'épidémique diffèrent par les symptômes et par tout l'ensemble des caractères; on doit donc conclure que ces deux espèces de choléra diffèrent par leur nature. Les diarrhées saisonnières sont distinctes des diarrhées cholériques par leurs symptômes propres, par leurs conditions étiologiques et pronostiques. La diarrhée ne précède pas nécessairement le choléra épidémique; celui-ci peut s'établir d'emblée; il n'a pas besoin de trouver dans la diarrhée sa condition de développement, sa condition embryogénique. Il n'y a pas de constitution médicale préparant et engendrant le choléra. Ce n'est que par des circonstances fortuites et étrangères à sa pathogénie que le choléra peut survenir pendant le règne de telle ou telle constitution médicale. Cela n'implique pas d'ailleurs que la constitution régnante ne puisse fournir une cause adjuvante au développement d'une épidémie cholérique. L'existence d'une constitution médicale génératrice du choléra, et la marche successive et par étapes du choléra épidémique sont des notions incompatibles. L'ensemble des faits connus démontre la doctrine étiologique soutenue par la Conférence de Constantinople, et qui se résume dans un mot : l'importation.

De nouveaux problèmes surgiront-ils de l'épidémie actuelle? Jusqu'ici le choléra importé s'est éteint en France; il s'éteignait aussi dans toute l'Europe. Aurons-nous à réformer à cet égard les enseignements du passé? Nul ne le sait. Toutefois, il semble acquis que le choléra tend à se naturaliser, à se fixer, du moins dans certaines régions de l'Europe, en Russie et en Pologne. L'épidémie qui nous visite paraît due au réveil et à l'extension du choléra ainsi naturalisé ou plutôt cantonné en certains points de l'extrême Nord. Cette sorte de naturalisation s'accomplira-t-elle parmi nous, et l'épidémie régnante serait-elle destinée, sous sa forme un peu languissante, dans sa puissance amoindrie d'expansion, à réaliser une œuvre aussi fatale? L'avenir répondra. Pour moi, j'espère que cette fois encore nous verrons s'éteindre entièrement le choléra, et que, disparu, il ne saurait nous revenir que par une nouvelle importation. L'heureuse terre de France est peu favorable aux maladies importées; le typhus ne l'habite pas; le choléra ne deviendra pas son hôte à demeure. Je crois que la marche lente de l'épidémie actuelle nous est un présage de sa prompte extinction, plutôt que d'une prise de possession définitive.

Messieurs, le mouvement de la science a amené, sur les questions que nous venons d'agiter, de profonds changements dans les esprits. M. Jules Guérin les signalait et les jugeait en ces termes dans son premier discours : « Les partisans du système de l'importation sont aujourd'hui en majorité, en très-grande majorité. Mais l'Académie n'a pas oublié qu'il fut un temps, il y a une quarantaine d'années, où c'était le contraire; on considérait alors les contagionnistes comme des esprits rétrogrades; les passions, les intérêts, la politique même s'en mêlaient; on n'était libéral qu'à la condition de ne pas croire à la contagion du choléra. Pourquoi cela? Parce qu'à la place de démonstrations vraiment scientifiques on mettait ce système de témoignages contradictoires, d'assertions intéressées; système bien plus propre à montrer l'opposition des sentiments que la valeur des raisonnements. »

Le tableau tracé par M. Jules Guérin est exact. Lui qui a pris aux luttes de ce temps une si large part, et qui y a conquis la juste renommée dont il jouit, il avait droit à les rappeler, et il pouvait nous en livrer le caractère et la raison d'être. Cette raison d'être, je ne la trouve pas dans « le système de témoignages contradictoires et d'assertions intéressées » qu'accuse notre savant collègue. On s'occupait alors fort peu de ces témoignages; on était loin surtout d'en comprendre le sens et la valeur. L'erreur venait de plus haut. On niait la contagion du

choléra, parce qu'on niait toute contagion ; et on niait toute contagion parce que celle-ci était incompatible avec le physiologisme régnant. Broussais avait brutalement étouffé l'idée de spécificité et d'idée spécifique dans l'idée d'inflammation commune, qui devait livrer la raison de toutes les maladies. On rejetait ainsi les vérités les plus sûrement acquises. On repoussait la contagion dans les fièvres éruptives ; on la repoussait même dans la maladie contagieuse par excellence, la syphilis, et cela non pour les accidents secondaires, mais pour les accidents syphilitiques primitifs. Et ce n'étaient pas seulement la contagion et la spécificité que l'on chassait ainsi violemment de la science ; c'étaient toutes les vérités cliniques qui ne cadraient pas avec la doctrine physiologique de l'inflammation. Je me garderai d'énumérer ces vérités bannies ; il faut lire les journaux du temps pour voir jusqu'où peut entraîner l'esprit de système. Je ne sais pas de lecture et plus instructive et plus triste. Dieu merci ! la vérité ne périt pas, parce que les esprits systématiques s'insurgent contre elle. La science a retrouvé sa voie et renoué des traditions un instant brisées. Les vérités bafouées ont reparu ; la spécificité a reconquis les maladies qui relevaient d'elle ; la contagion est rentrée dans le domaine des causes morbifiques. Ce domaine, l'observation l'agrandit tous les jours. Il ne comprend plus seulement les fièvres éruptives et la syphilis ; l'observation y a successivement amené les affections diphthéritiques, certaines affections catarrhales épidémiques, les pyohémies malignes, infection purulente, fièvre puerpérale, méningite épidémique, la fièvre typhoïde et l'érysipèle, ou du moins certaines espèces d'érysipèle, le typhus et le choléra. Avoir retrouvé tous ces faits d'observation est un grand honneur pour la science moderne ; ajoutons que c'est un grand bienfait. M. Jules Guérin attaque la doctrine de l'importation du choléra dans ses conséquences pratiques, et raille les efforts de ceux qui cherchent à établir un ensemble de mesures prophylactiques destinées à protéger les populations. Veut-il savoir où peuvent conduire ces railleries, et quels terribles périls elles recèlent ? Qu'il lise l'excellent livre de M. le docteur A. Pellarin, *La contagion du choléra démontrée par l'épidémie de la Guadeloupe* ; il y verra que, sur une population de moins de 150,000 âmes, 12,000 personnes environ ont payé de leur vie l'oubli des mesures prophylactiques dont il enseigne le dédain.

M. Jules Guérin demande à répondre quelques mots, quant à présent, à M. Chauffard, se proposant de prendre plus longuement la parole dans la suite de cette discussion.

M. J. Guérin se félicite d'avoir trouvé enfin dans M. Chauffard un adversaire qui a bien voulu se placer sur le terrain des faits. Il lui répondra plus tard. Pour le moment, il se bornera à relever deux assertions erronées de son contradicteur. M. J. Guérin n'a jamais dit que la diarrhée prémonitoire existait *toujours* ; il a affirmé seulement, d'après tous les documents qu'il a eus entre les mains, particulièrement d'après le rapport de M. Barth, qu'elle existait dans l'immense majorité des cas.

M. Jules Guérin n'a jamais affirmé non plus que l'on guérissait *tous* les cas de diarrhée prémonitoire, pris au début. Seulement il a dit qu'il avait guéri *tous* ceux qu'il avait eu à traiter, et il pense qu'en se conformant aux indications qu'il a posées, on ne trouverait qu'un très-petit nombre de cas réfractaires. L'exemple de l'Angleterre, où sur 130,000 cas de diarrhée cholérique, on n'a compté que 200 cas qui aient passé à la période de choléra confirmé, est considéré par M. J. Guérin comme la confirmation éclatante de sa déclaration.

— La séance est levée à cinq heures.

Potion contre le rhumatisme. — Lemire.

Sulfate de quinine	2 grammes.
Iodure de potassium	1 —
Eau de Rabel	q. s.
Eau distillée	125 grammes.
Sirop simple	45 —

F. s. a. une potion, dont on donnera une cuillerée à bouche de deux heures en deux heures, dans le rhumatisme articulaire aigu. — Embrocations calmantes sur les jointures douloureuses. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 1er Novembre 1783.

Claude-François Garre, membre de l'Académie royale de chirurgie et chirurgien-major de l'École royale militaire, reçoit son brevet de chirurgien ordinaire de la grande écurie du roi, place devenue vacante par la mort de La Martinière, et qui rapportait 600 l. de gages, plus 40 s. par jour pour la nourriture. — A. Ch.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

DU PSORIASIS DE LA LANGUE ET DE LA MUQUEUSE BUCCALE (1);

Par Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

IV

N'existe-t-il pas une analogie frappante, ou plutôt une ressemblance parfaite entre ces lésions et celles qui se développent sur la muqueuse buccale dans la première phase de la syphilis? Si on n'interrogeait pas les antécédents, si l'on ne tenait pas compte de la durée de la maladie, de son innocuité, au point de vue de la contagion, de l'absence de toute lésion syphilitique concomitante, etc., en un mot de toutes les circonstances actuelles ou antérieures, principales ou accessoires de l'affection bucco-linguale, serait-il possible, d'après la seule inspection des parties atteintes, de diagnostiquer sa nature? Non certainement, et même ceux qui se tiennent en garde contre les chances d'erreur si grandes en pareil cas, ne se peuvent soustraire aux effets d'une première impression, et sont tentés de déclarer, avant toute réflexion, qu'il s'agit bien là d'une détermination de la syphilis sur la muqueuse buccale. C'est ce qui m'est arrivé.

Examinons d'abord la langue. Il y avait sur cet organe, chez notre malade :

1° Des *disques* régulièrement arrondis, lisses, dépourvus de papilles et dépouillés d'épithélium. C'est une forme de syphilis muqueuse qui affecte très-fréquemment le dos de la langue : j'ai vu dernièrement un malade chez lequel plus de trente de ces disques, très-petits, juxtaposés, donnaient un aspect très-singulier et tout à fait caractéristique à l'organe. — On voit qu'ils existent également dans le psoriasis buccal et qu'ils ne présentent aucun signe qui les puisse faire distinguer de ceux d'origine syphilitique.

2° Rien n'est plus commun, sur les bords et sur le dos de la langue, que les plaques opalines blanches, ordinairement arrondies ou ovalaires, qui s'y développent sous l'influence de la syphilis. Quelquefois, elles sont absolument semblables à celles que présentait notre malade; d'autres fois, elles font une saillie plus considérable, sont plus nettement circonscrites et s'accentuent dans le sens papuleux et même végétant. Elles ne résultent plus alors de la seule accumulation sur un point d'un épithélium condensé, et leur caractère syphilitique est plus nettement tranché.

3° Quant aux cicatrices des bords de la langue, aux irrégularités, aux déchiquetures qui en résultent, elles sont tellement fréquentes dans la syphilis, qu'on les considère avec raison comme un des stigmates les plus propres à mettre sur la voie du diagnostic dans les cas douteux. Eh bien, dans le psoriasis buccal, elles surviennent aussi et se présentent sous le même aspect.

Ainsi, dans le cas qui nous occupe, qu'on envisage les lésions de la langue dans leur ensemble ou séparément, on est obligé de convenir qu'elles sont identiques à celles que produit la syphilis. J'ajoute qu'elles siégent sur les mêmes lieux d'élection, c'est-à-dire les bords et le dos de la langue, surtout dans sa partie antérieure.

Et les ulcérations de la lèvre supérieure, au voisinage de la commissure, ne ressemblent-elles pas trait pour trait à ces plaques muqueuses exulcérées qui, étant à cheval, pour ainsi dire, sur la ligne qui sépare la peau de la muqueuse, sont croûteuses du côté de la peau, lisses, humides et finement granuleuses du côté de la muqueuse? De pareilles lésions sont d'ordinaire tellement suspectes et si dangereuses, qu'on s'habitue difficilement à l'idée de leur innocuité. C'était pourtant le cas chez notre malade, car il n'a jamais communiqué de mal par la bouche à ses maîtresses ou à sa femme, ce qui aurait eu infailliblement lieu si les lésions avaient été syphilitiques.

Enfin, les plaques opalines diffuses, la saillie opaline des stries, qui correspond

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 octobre.

à l'interstice des dents, se rencontrent très-fréquemment chez les syphilitiques dont la muqueuse buccale a subi une ou plusieurs fois les atteintes de la syphilis.

Quelle est donc la particularité qui, indépendamment de toute autre considération, pouvait faire supposer que ces lésions de la muqueuse buccale n'étaient pas syphilitiques? Eh bien, en dehors du processus, de la durée, de la persistance du même mode anatomo-pathologique, je n'en vois qu'une : c'est l'absence de toute lésion semblable sur les piliers, le voile du palais et les amygdales. Quand la syphilis se détermine sur la muqueuse buccale, il est rare, en effet, que l'isthme du gosier ne soit pas envahi. Il l'est même plus souvent que les lèvres, la langue et les joues. Le malade nous dit bien qu'il a eu plusieurs fois des angines, mais c'étaient des angines fugaces qui n'avaient point le caractère chronique de l'inflammation bucco-linguale et n'ont laissé aucune trace dans la région pharyngienne.

V

Si, dans le cas actuel, l'absence de lésions pharyngiennes pouvait permettre, non pas de déclarer, mais de pressentir que l'affection n'était pas de nature syphilitique, son processus fournissait au diagnostic une donnée si solide, si positive, qu'il ne devait rester aucun doute dans l'esprit. Quatorze ans de durée, sans interruption, sans aucun trouble de la santé générale, sans aucune affection cutanée, ni aucune détermination pouvant se rattacher à la syphilis, n'était-ce pas là plus qu'il n'en fallait pour déclarer nettement que le psoriasis en question n'avait rien à voir avec cette maladie constitutionnelle?

Telle n'était pourtant pas l'opinion de la plupart des médecins qu'avait consultés le malade. Il est vrai que l'erreur est facile lorsque l'examen se fait à une époque plus ou moins rapprochée du début, et qu'elle devient, au contraire, de moins en moins explicable à mesure qu'on s'en éloigne.

Quoique cette affection labio-linguale eût été jugée de nature syphilitique, le malade n'avait voulu se soumettre à aucun traitement spécifique. Il n'avait même pris aucune des précautions hygiéniques indiquées en pareil cas, ni renoncé à l'usage du tabac.

Je lui prescrivis un traitement, qu'il n'a probablement pas suivi, et qui consistait en gargarismes au borax, en applications de teinture d'iode sur les ulcérations labiales; à l'intérieur, je lui conseillai de prendre trois cuillerées à bouche par jour d'une solution arsenicale (arséniate de soude, 5 centigr.; eau distillée, 250 gr.). — Je ne l'ai pas revu.

OBSERVATION II

I

M. D... vint me consulter, en décembre 1871, pour un psoriasis de la langue dont il était atteint depuis une douzaine d'années environ. C'est un homme fort, d'une excellente santé, d'une constitution vigoureuse et ne paraissant pas avoir son âge réel, qui est 64 ans.

En 1830, M. D... contracta une blennorrhagie insignifiante, et en 1836 un chancre simple, suivi d'un bubon suppuré. Depuis, il lui est survenu plusieurs écoulements légers, mais jamais aucun accident de nature syphilitique. Aussi n'a-t-il pas suivi de traitement hydrargyrique.

Je ne découvris dans ses antécédents ni maladies de la peau, ni manifestations goutteuses ou rhumatismales, ni d'autres états morbides pouvant avoir quelques rapports de causalité avec son affection linguale.

Cette affection a débuté en 1860. Le malade fumait alors la pipe; il la gardait presque toute la journée à la bouche, et brûlait environ six sous de tabac par jour. Il a ensuite laissé la pipe pour les cigares, dont il fumait une douzaine dans les vingt-quatre heures.

Depuis l'année 1865, il a complétement renoncé à la pipe et aux cigares; néanmoins, sa maladie ne s'est pas améliorée.

Voilà donc que, sans le concours apparent d'une maladie constitutionnelle, le

psoriasis de la langue survient chez un homme de 52 ans dont la santé avait toujours été et est toujours restée excellente. Faut-il en rapporter exclusivement la cause à l'usage et à l'abus du tabac? Oui, sans doute, mais avec quelques restrictions qui diminuent l'importance qu'on attribue généralement à l'action de la fumée de tabac sur la muqueuse buccale.—Aujourd'hui, tout le monde fume, et cependant le psoriasis buccal est loin d'être commun. Et puis, chez notre malade, l'affection, non-seulement n'a pas disparu, mais ne s'est même pas améliorée et a poursuivi son cours, bien qu'il ait cessé de fumer depuis six ans.—Il y avait donc chez lui une prédisposition locale, mise en activité par une cause excitante. C'est là tout ce que nous pouvons dire pour voiler notre ignorance.

II

Le psoriasis lingual a débuté par une éruption de plaques saillantes et d'un blanc très-vif sur la face supérieure et les bords de la langue. Ces plaques, plus ou moins rapprochées et confluentes par places, avaient une consistance très-dure, semblable à celle de la corne. Quelques-unes devenaient fort épaisses, et tombaient ou bien se laissaient arracher facilement, et on les trouvait munies, comme les cors, d'une sorte de racine s'enfonçant dans l'épaisseur du derme. Parfois, elles étaient fendillées ou séparées les unes des autres par des crevasses douloureuses.

La langue n'a jamais augmenté sensiblement de volume et n'a été, à aucune époque, le siége d'un travail franchement inflammatoire. Il n'est point survenu d'adénopathie sous-maxillaire ou chronique. La sensibilité gustative et la faculté motrice de l'organe n'ont pas été compromises. Le malade éprouvait dans la langue de la gêne et du malaise plutôt que des souffrances et une incapacité fonctionnelle réelles.

Les lésions linguales qui précèdent constituent un degré plus avancé des psoriasis que celles de l'observation I. Il y a en effet, dès le début, des plaques plus saillantes, plus dures, plus semblables aux squames qu'on observe dans le psoriasis cutané.—Il se faisait parfois une véritable *desquamation* sous forme d'écailles. C'est là un fait qu'on n'observe pas dans les plaques d'origine syphilitique.—Une autre circonstance qui m'a frappé aussi, c'est la *blancheur* absolue de quelques-unes de ces écailles.

Les phénomènes subjectifs, chez ce malade comme chez le premier, étaient à peu près nuls ou insignifiants; et n'est-ce pas une chose étonnante que l'épaississement de l'épithélium lingual, l'ulcération des papilles et des couches les plus superficielles émoussent aussi peu le sens du goût (1)? Il est vrai que la longue durée de la maladie et la lenteur de sa marche ne permettent pas de comparer facilement les

(1) Il peut paraître étonnant, au premier abord, qu'une affection d'aussi longue durée que le psoriasis, qui finit par recouvrir la langue d'une sorte de cuirasse écailleuse, n'émousse pas davantage le sens du goût. Mais il ne faut pas oublier qu'il existe à la surface de cet organe plusieurs espèces de papilles dont le rôle est inégal dans le phénomène de la gustation. Beau les distinguait en deux ordres: 1° les papilles épidermiques ou inorganiques; 2° les papilles dermiques ou organiques. Les premières constituent l'espèce de gazon qui tapisse la plus grande étendue de la face supérieure de la langue: elles sont coniques, cylindriques, filiformes, épanouies en fleurs, etc., etc., et presque exclusivement constituées par de l'épithélium. Amatus Lusitanus les comparait à des poils. Elles sont situées en avant du V lingual. Quoique insensibles, elles servent à la gustation en faisant l'effet d'une houppe qui retient les liquides sapides par imbibition et qui prolonge leur contact avec le deuxième ordre de papilles ou papilles dermiques. Ces dernières sont les véritables agents du sens du goût (papilles caliciformes et fongiformes), etc., etc.—Il est probable que, dans les psoriasis, les premières seules sont malades, tandis que les secondes sont respectées; et c'est ce qui explique pourquoi la sensation gustative n'est que médiocrement altérée.

Toutes les papilles de la langue reçoivent des filets nerveux, mais en quantité inégale. Cinq à dix tubes nerveux à double contour pénètrent dans les papilles filiformes, coniques ou épidermiques. Dans les papilles fongiformes, il y en a un bien plus grand nombre. Pendant leur trajet intra-papillaire, tous ces tubes se divisent en plusieurs branches. D'après Alex. Key, les ramifications des tubes nerveux gustatifs aboutissent à des petits organes spéciaux, ayant la forme de bâtonnets, situés entre les cellules nerveuses, et émettant par leur face libre des prolongements filiformes, etc.

sensations actuelles avec celles d'autrefois. Toujours est-il que les diverses sensibilités, la saveur et la motilité de l'organe restent à peu près intactes ou ne subissent que de très-légères atteintes.

III

M. D... fut très-alarmé de son affection linguale; et, comme il n'hésitait pas à la rattacher au chancre qu'il avait eu en 1836, il entreprit, sans consulter personne, de se traiter par l'iodure de potassium. Puis, voyant qu'il n'en obtenait aucun résultat satisfaisant, il alla consulter M. Ricord, qui déclara que cette affection n'avait rien de syphilitique et qui prescrivit un gargarisme de : décocté de morelle, 250 gr.; bichlorure d'hydrargyre et chlorhydrate d'ammoniaque, de chaque 25 centigr.

MM. Simonet et Bazin, consultés en 1848, furent du même avis que M. Ricord sur la nature de la maladie et ordonnèrent l'usage de la liqueur de Fowler.

A la suite de chaque médication, il survint une amélioration légère, mais de peu de durée. Aussi peut-on dire que, depuis, le début, cette affection linguale a plutôt augmenté que diminué et n'a manifesté aucune tendance à disparaître.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE

NOTE SUR LES FRUITS SUCRÉS, AU POINT DE VUE DE LEUR INTRODUCTION DANS LE RÉGIME DES DIABÉTIQUES;

Par MAYET, pharmacien.

Dans le travail que j'ai publié il y a quelques années, sur l'alimentation des diabétiques, j'ai cherché à démontrer par l'expérience directe, fondée sur l'analyse, qu'un certain nombre d'aliments exclus systématiquement du régime imposé à ces sortes de malades, pouvait y être introduit sans de grands inconvénients.

En faisant connaître le résultat de mes expériences j'ai eu pour but, comme je l'ai indiqué, non de critiquer d'une manière absolue l'emploi du régime exclusivement azoté, lorsque le médecin le juge opportun en raison de la gravité de la maladie, mais d'éclairer la marche à suivre dans les circonstances où le malade, fatigué de son alimentation, peut être ramené aux féculents dans une certaine mesure.

Pour compléter mon travail, arrêté à l'étude des féculents, il me restait à examiner si, d'après les résultats fournis par l'analyse, on pouvait également faire entrer les fruits sucrés pour une certaine quantité dans le régime des diabétiques, car on sait que, pour beaucoup de malades, l'abstention absolue de ces aliments est une cause de grandes privations.

L'analyse de la plupart des fruits de table a déjà été faite, mais les résultats de ces analyses, consignés dans divers ouvrages, présentent l'ensemble des éléments qui les composent, tandis que l'étude à laquelle je me suis livré n'a en vue d'autre objet que d'indiquer en quelle proportion entre l'élément sucré pour un poids déterminé de substance comestible, de manière que le médecin puisse saisir lui-même dans quel ordre se place tel ou tel fruit et juger les écarts de régime qu'il pourra permettre à son malade.

M. le professeur Buignet, dans l'étude si complète et si consciencieuse qu'il a faite des diverses espèces de sucre existant dans les fruits, et qu'il a publiée en 1861 dans le *Journal de pharmacie et de chimie,* nous a appris que, excepté quelques fruits, tels que les cerises, les groseilles, le raisin et les figues, tous les autres contiennent deux sortes de sucre : le sucre de canne et le sucre interverti, dans des proportions très-variables.

Dans la question qui nous occupe, il importe peu de connaître les proportions de ces sucres, parce que, dans l'économie du diabétique qui consomme des fruits, le même résultat final se produit, quel que soit l'élément sucré ingéré dans l'estomac; mais, comme nous avons dosé la matière sucrée au moyen de la liqueur de

Fehling, il était de toute nécessité de tenir compte des observations de M. Buignet au sujet de l'action réductrice du sucre interverti sur cette liqueur, qui reste indifférente au contact du sucre de canne.

Aussi n'avons-nous employé la liqueur cupro-potassique qu'après avoir préalablement transformé le sucre de canne en sucre interverti, au moyen d'une liqueur acidulée au centième d'acide sulfurique et traitée ensuite par le carbonate de chaux pour enlever l'acide.

Certains fruits sucrés, les raisins, les cerises, les groseilles, les figues, ne contenant que du sucre interverti, ont été traités directement.

Mais on connait l'influence qu'exercent sur la quantité de principes sucrés les variations de température et de sécheresse pendant la saison qui préside à la maturation des fruits; il ne faut donc pas attendre que nous donnions les résultats que nous avons obtenus autrement que comme des moyennes approximatives; toutefois, grâce au concours que m'a fourni pour ce travail mon fils Henri, interne en pharmacie des hôpitaux, nous avons pu, à nous deux, répéter nos expériences un grand nombre de fois pendant plusieurs années, et nous estimons que, en somme, les chiffres que nous indiquons approchent beaucoup de la vérité.

Dans nos analyses, nous avons dû rapporter à un poids déterminé, 100 grammes, la quantité proportionnelle de sucre contenue dans chaque espèce de fruit; mais cette manière d'opérer, bonne pour celui qui procède la balance à la main, ne donnerait qu'une indication très-insuffisante dans la plupart des cas; aussi avons-nous cru devoir également signaler, autant que possible, le rapport qui existe entre le fruit tel qu'il se présente au consommateur et le poids de 100 grammes.

Tableau donnant, en moyenne, le poids du sucre contenu dans 100 *grammes de chair des fruits désignés ci-dessous :*

	P. 100	Observations.
Abricot	11,00	Un abricot moyenne grosseur de 0m17 de circonférence pèse, sans noyau, 80 grammes.
Cerises anglaises.	16,00	Il faut la chair de 33 cerises pour obtenir le poids de 100 gr.
— aigres	10,25	25 cerises choisies grosses, sans noyau, pèsent 100 gr.
Fraises anglaises	12,00	25 fraises moyenne grosseur pèsent 100 gr.
— des bois	9,00	Une cuillerée à soupe bien pleine contient 18 fraises; il faut 5 cuillerées pour faire 100 gr.
— des quatre saisons	9,25	Une cuillerée contient 12 fraises; 5 cuillerées pour 100 gr.
Framboises	10,00	30 framboises, sans les calices, pèsent 100 gr.
Figues 1871	15,00	Une figue belle moyenne pèse 80 gr.
— 1873	8,35	Nous donnons le résultat de cette double analyse parce que, comme on le voit, il y a une différence si notable que, indépendamment des influences de saison, elle peut tenir à l'espèce.
— sèches du Midi	71,00	
Groseilles blanches	8,00	16 grappes contenant 160 grains pèsent 100 gr.
— rouges	7,50	20 grappes moyennes contenant 160 grains environ pèsent 100 gr.
— à maquereau	8,75	10 belles pèsent 100 gr.
Melon	7,50	Une tranche moyenne grosseur pèse 150 gr.
Oranges	10,00	Un fruit de 0m22 de circonférence pèse 150 gr.
Poires d'été Belle de Bruxelles.	7,70	— 0m25 de circonférence pèse 185 gr.
— duchesse	6,50	— 0m22 de circonférence pèse 180 gr.
— d'Angleterre	6,60	— 0m18 de circonférence pèse 92 gr.
Pêche	10,50	Une pêche de Montreuil de 0m23 de circonférence pèse 200 gr., compris le noyau. Une pêche moyenne grosseur de 0m17 de circonférence pèse 80 gr. et 75 gr. sans le noyau.
Pommes Reinette du Canada	10,80	Un fruit de 0m23 de circonférence pèse 170 gr.
— Reinette blanche	7,70	Un fruit de 0m23 de circonférence pèse 160 gr.
Prunes de Monsieur	12,50	3 à 4 pour le poids de 100 gr.
— de reine Claude	16,00	

Pruneaux secs	42,00	14 à 15 pour 100 gr.
— cuits sans jus	22,50	12 pour 100 gr. L'eau a enlevé pendant la cuisson la moitié du sucre.
Raisin blanc	15,50	45 à 50 grains pèsent 100 gr.
— noir des vignes	16,00	40 à 45 grains pour 100 gr.
— sec de caisse	76,00	125 grains pour 100 gr.

Il résulte évidemment de ce tableau que si quelques fruits très-sucrés, comme les figues, les raisins, certaines espèces de cerises et de prunes, et particulièrement ces mêmes fruits à l'état sec, ne doivent entrer qu'avec ménagement dans le régime des diabétiques, la plupart des autres contiennent une quantité de sucre qui se rapproche beaucoup du dixième de leur poids, soit 10 pour 100; or, si comme l'indique M. le docteur Durand-Fardel, dans son *Traité du diabète*, on peut admettre que dans la généralité des cas l'émission de l'urine atteint par individu le chiffre de quatre à huit litres par jour, et que, pour ne rien exagérer, on suppose chaque litre contenant en moyenne 20 grammes de sucre, on verra qu'une tolérance qui consisterait à permettre au malade de manger des fruits dans une proportion ne dépassant pas 100 grammes, n'ajouterait qu'une quantité de sucre relativement peu considérable à celui qu'il rend déjà, et ne constituerait pas un écart de régime susceptible d'avoir sur la marche de la maladie une influence fâcheuse bien considérable.

DÉONTOLOGIE EN MATIÈRE SCIENTIFIQUE.

Paris, le 1er novembre 1873.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Mon cher rédacteur en chef,

Notre confrère anglais, M. H. Blanc, a beaucoup à se louer de l'hospitalité française. N'allez pas croire que je le trouve mauvais; je m'en félicite, au contraire, et je pense avoir quelque sujet de m'en féliciter.

Les colonnes de notre presse, tant médicale que politique, y compris les vôtres, se sont tout de suite libéralement et largement ouvertes à ses communications sur le choléra. Tant mieux! puisqu'elles contiennent d'utiles enseignements, des conseils salutaires, qui, venant autrefois d'un compatriote, étaient restés longtemps sans faire impression.

En retour d'un si courtois accueil, il eût été de bon goût peut-être, de la part de M. Henry Blanc, de rendre spontanément, en vrai *gentleman*, à la France et à un Français ce qui leur revient par droit de priorité.

Supposez qu'entre lui et votre serviteur les rôles eussent été intervertis, et que ce fût M. H. Blanc qui, le premier, vingt-quatre ans avant Ch. Pellarin, eût publié l'observation relative à l'*influence des déjections cholériques comme agent de la propagation du choléra*, je me serais empressé de reconnaître hautement sa priorité, non-seulement par esprit de justice, mais encore pour écarter de moi le soupçon de vouloir m'approprier un titre appartenant à autrui.

Au lieu de cela, que notre collègue étranger affecte d'ignorer une réclamation de priorité touchant le fond de sa doctrine sur le mode de propagation du choléra, réclamation portée devant l'Académie des sciences et publiée dans l'Union Médicale, où il est admis à écrire, comme je dois à votre bienveillance de l'être quelquefois moi-même, — je dirai dans mon franc parler gaulois que cette façon d'agir a l'apparence, au moins l'apparence, d'un procédé tant soit peu *punique*.

Veuillez recevoir, mon cher rédacteur en chef, l'assurance de mes meilleurs sentiments de confraternité.

Dr Charles Pellarin.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE D'HYDROTHÉRAPIE, comprenant les applications de la méthode hydrothérapique au traitement des maladies nerveuses et des maladies chroniques, par le docteur Beni-Barde, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil, lauréat de l'Académie de médecine, membre de la Société d'hydrologie. Un volume grand in-8° de VI-1038 pages, avec figures dans le texte. Paris, 1874. G. Masson, éditeur.

« S'il m'a été impossible d'embrasser un aussi vaste sujet sous toutes ses faces, j'ai, du

moins, apporté aux questions que j'ai étudiées une bonne foi et une patience à toute épreuve, et je n'ai donné comme définitivement tranchées que celles dont la solution ressort d'un concours de faits irréfutables et faciles à vérifier. »

Ces quelques mots de l'avant-propos pourraient servir d'épigraphe à ce bel ouvrage, qui est divisé en deux parties : la première partie technique, la deuxième clinique.

Nous allons suivre l'auteur dans ces deux divisions.

Que doit-on entendre par l'hydrothérapie? C'est par la définition de cette méthode que l'auteur débute. Et d'abord, il rejette toutes autres dénominations que celle d'hydrothérapie, telles que : *hydropathie, hydriatrie, hydrothérapeutique, hydrosudopathie, hydrosudothérapie, psychrothérapie,* toutes expressions qui, quoique ayant un sens étymologique suffisamment défini, ont le tort, suivant lui, de soulever des questions sur lesquelles tous les médecins ne sont pas édifiés. Pour lui, le mot hydrothérapie a une signification claire et précise : Traitement par l'eau.

L'auteur ne s'abuse-t-il pas un peu sur la clarté et la précision du mot hydrothérapie? Traitement par l'eau, soit; mais est-ce l'eau simple, ou l'eau naturellement ou artificiellement chargée de principes médicamenteux? Est-ce l'eau froide, tiède ou chaude? L'expression hydrothérapie n'indique rien de tout cela, pas plus que les divers procédés d'administration de l'eau froide, bains, éponges et draps mouillés, sudation, douches et leurs variétés, etc., tous moyens qui ont encore leurs partisans et leurs détracteurs.

Nouvel exemple de la difficulté de donner une bonne définition. Voyez, en effet, que l'eau froide n'est pas le seul élément de la cure hydrothérapique, et qu'il y ajoute lui-même le calorique, résultat de la réaction.

Mais l'hydrothérapie ou traitement par l'eau n'est pas, pour M. Beni-Barde, une panacée universelle; il ne l'élève même pas à la hauteur d'un système destiné à remplacer les diverses médications dont l'art de guérir est en possession; au contraire, il la considère comme une médication inutile et même nuisible dans certains cas, dans d'autres cas s'associant parfaitement avec la plupart des médications connues et activant leurs effets curatifs; dans d'autres cas enfin, nombreux, suffisant elle seule à combattre le mal et réussissant là où d'autres médications échouent, comme dans plusieurs maladies chroniques et un grand nombre d'affections nerveuses.

Dans tout traité général qui se respecte, il faut consacrer un chapitre à l'historique du sujet. M. Beni-Barde n'a pas manqué à ce devoir. Il assigne à la méthode hydrothérapique trois périodes :

Première période, depuis les temps les plus reculés jusqu'à la fondation du premier établissement hydrothérapique par le paysan Priesnitz; deuxième période : hydrothérapie empirique ou de Priesnitz; troisième période : hydrothérapie rationnelle, que l'auteur appelle patriotiquement méthode française, et dont il fait remonter l'honneur aux travaux de notre compatriote Fleury.

Après cet historique riche d'indications bibliographiques, l'auteur, dans un savant chapitre où nous regrettons de ne pouvoir le suivre, étudie les agents hydrothérapiques, chaleur et froid, au double point de vue de la physique et de la physiologie. M. Beni-Barde semble avoir voulu prouver, et il y a réussi, qu'il a basé la pratique de l'hydrothérapie sur les données les plus accréditées de la physique et de la physiologie, dont il a rappelé les plus récentes découvertes dans les pages qu'il a consacrées à la chaleur animale, aux diverses influences sur la température du corps, sur la solidarité de la chaleur propre et de l'innervation, sur les fonctions de la peau et sur l'influence qu'exercent sur elle la chaleur et le froid, etc., etc. Nous remarquons dans ce chapitre une bonne description de la réaction : « La réaction n'est autre chose que la mise en action involontaire de tous les moyens que l'organisme a à sa disposition pour neutraliser les effets du froid. — On admet généralement que la réaction débute au moment où un commencement de chaleur apparaît dans les membres, bien qu'en réalité, à partir de l'application du froid, tout acte de l'organisme vivant concoure à le défendre contre l'action de cet agent. Cette sensation générale de chaleur qui, souvent, commence avant la fin de l'application du froid, s'accompagne d'une plus grande facilité de la respiration, et d'une plus grande liberté des muscles. La coloration de la face disparaît; une vive rougeur se manifeste à la peau, et le sujet ressent plus de facilité, de souplesse et d'énergie dans tous les organes qu'avant l'application de l'eau froide; les téguments sont moins impressionnés par les agents extérieurs. Le pouls s'élève souvent de 4 ou 5 pulsations au-dessus du chiffre constaté avant l'application. Le thermomètre indique, dans un grand nombre de cas, pour la chaleur propre, une température supérieure à celle qui avait été observée avant l'opération, mais qui ne tarde pas à revenir à son état primitif; on pourrait comparer la chaleur propre à une lame de métal fixée par une de ses extrémités et qui, après avoir été déplacée par une

force quelconque, revient à sa position première en la dépassant. Du reste, cet écart de température ne dépasse jamais quelques dixièmes de degré. »

Nous ne nous arrêterons pas sur le chapitre consacré à la description et à l'appréciation des divers modes d'appliquer le calorique et le froid ; disons seulement que ce chapitre est complet, et qu'il n'est pas un appareil, un instrument, un ustensile qui n'ait été décrit et apprécié par l'auteur.

Après avoir étudié les effets physiologiques que produit l'application des agents hydrothérapiques sur l'homme sain ; après avoir décrit les principaux procédés et après avoir exposé le mécanisme de chaque appareil, l'auteur fait connaître les effets thérapeutiques qui résultent de l'intervention isolée ou simultanée des divers modificateurs qui composent la méthode hydrothérapique.

L'auteur divise ces effets thérapeutiques en deux grandes catégories, ayant chacune leurs subdivisions, que le tableau suivant reproduit avec exactitude :

A. Effets primitifs ou directs.	Antiphlogistiques.	
	Sédatifs.	
	Excitants.	Excito-moteurs.
		Révulsifs.
		Sudorifiques.
B. Effets consécutifs ou indirects. . .	Toniques et reconstituants.	
	Spoliateurs et dépuratifs.	
	Résolutifs et altérants.	

L'auteur passe en revue, et avec de grands détails, chacune de ces divisions et subdivisions.

Ainsi, pour les effets antiphlogistiques, l'auteur insiste sur les effets de l'hydrothérapie dans certaines maladies avec fièvre, notamment sur les phénomènes ataxo-adynamiques de la fièvre typhoïde. L'immersion des malades dans l'eau à 20 ou 25° produit, dit-il, un double effet : soustraction du calorique, d'où apaisement de la sensibilité générale ; ralentissement de l'activité fébrile, impression vive sur la peau, d'où action dérivative favorable à la muqueuse intestinale.

Quant aux effets sédatifs de l'hydrothérapie, il convient de distinguer. « Le froid, disait Trousseau, est le type des sédatifs. » Cette assertion n'est vraie qu'en partie, dit M. Beni-Barde. Si l'application du froid est de longue durée, oui, le froid est sédatif ; si l'application est courte, le froid est excitant ; comme sédatif, les effets du froid sont directs ou indirects.

Les effets directs s'obtiennent au moyen d'applications prolongées d'eau froide et sans percussion, telle que l'immersion prolongée, qui doit être surveillée avec soin ; car, trop longue, elle peut produire une trop grande sidération ; trop courte, elle est excitante.

Le plus souvent, il n'est possible d'obtenir l'action sédative du froid que d'une façon indirecte, c'est-à-dire au moyen d'une série d'applications très-rapprochées et très-courtes. A mesure que ces applications successives du froid se multiplient, les phénomènes de réaction deviennent de plus en plus faibles, et, après une série plus ou moins variable, la réaction est à peu près éteinte, et le plus souvent la sédation apparaît avec tous ses avantages. Ce résultat, qui peut surprendre tout d'abord, trouve son explication physiologique. La sensibilité des nerfs qui se rendent aux téguments s'émousse par ces applications réitérées, et l'impression du froid, ne se faisant plus sentir à la peau, cesse, par suite, d'être transmise aux centres nerveux.

Nous ne nous enfoncerons pas plus loin dans l'analyse de ce chapitre, ce que nous venons d'exposer nous paraissant suffisant pour montrer avec quel soin, avec quels détails et avec quelle méthode véritablement scientifique M. Beni-Barde a étudié les effets divers, directs ou indirects de l'hydrothérapie.

Avec le chapitre suivant, nous entrons plus intimement encore dans la partie pathologique de l'œuvre : conditions d'un bon traitement pathologique. — Indications. — Contre-indications. Tel est le thème de ce chapitre.

Les indications de l'hydrothérapie peuvent être relatives ou absolues. Il peut se faire que le traitement hydrothérapique soit nécessaire ou nuisible d'une façon générale, ou bien qu'il ne soit indiqué ou repoussé que dans quelques-unes de ses applications.

En envisageant la pathologie au point de vue de ses plus vastes divisions, on peut dire d'une manière générale que l'hydrothérapie est la médication des maladies chroniques, et qu'elle ne convient qu'exceptionnellement aux maladies aiguës.

L'auteur pense que l'hydrothérapie peut être employée contre certains symptômes des maladies aiguës, notamment dans les maladies chirurgicales. Malgré les succès obtenus dans certaines affections inflammatoires, telles que la pneumonie, la métro-péritonite, l'auteur pense qu'il est imprudent de traiter par l'hydrothérapie des maladies qui ne réclament pas

impérieusement son intervention. Dans les fièvres éruptives, l'hydrothérapie ne doit s'employer que si les autres moyens ont échoué pour abaisser la température extrême et dominer les désordres nerveux qui accompagnent ces affections.

Dans la fièvre typhoïde, il est nécessaire de bien choisir les cas qui sont justiciables de cette méthode, qui réussit beaucoup mieux dans le typhus.

En résumé, suivant lui, dans l'état actuel de la science, l'hydrothérapie ne peut être qu'une méthode exceptionnelle pour le traitement des maladies aiguës.

Il n'en est pas de même pour les maladies chroniques, dont l'hydrothérapie peut, à juste titre, être considérée comme le traitement par excellence. Dans cet immense groupe d'affections, les unes sont guéries, d'autres ne sont pas modifiées, d'autres enfin peuvent être aggravées. Cette différence d'action dépend de l'agent curatif, et surtout de la façon dont il est employé.

L'auteur divise le sujet de cette étude en :

1° Maladies dans lesquelles l'hydrothérapie est inutile ou peut être nuisible ;

2° Maladies qui sont du ressort de l'hydrothérapie, et parmi celles-ci :

1° Celles qu'elle guérit ;

2° Celles qu'elle atténue ;

3° Celles dont elle modifie quelques symptômes, sans avoir d'action sur l'essence même du mal.

L'auteur examine d'une façon générale ces divers groupes, se réservant d'en parler avec plus de détails dans la partie clinique. Dans le reste du chapitre il s'occupe du début du traitement, du choix du procédé et de l'époque à laquelle il doit être appliqué.

Pour lui, toutes les époques de l'année sont bonnes ; mais, en général, un temps modérément froid et sec est préférable à un temps chaud et humide, et l'on ne devrait pas s'éloigner de ces préceptes s'il n'existait pas d'indications spéciales qui fassent naître des exceptions.

Ainsi, la saison chaude convient aux personnes qui réagissent mal contre le froid et qui sont paralysées. La saison froide doit être préférée toutes les fois qu'on veut provoquer un entraînement physique, modifier profondément la circulation et reconstituer l'organisme. Elle convient également aux malades présentant des signes de faiblesse véritable réclamant la double intervention des procédés excitants et sédatifs de l'hydrothérapie.

Pour certaines maladies nerveuses, il faut choisir le moment des exacerbations, qui se montrent de préférence en automne et au printemps.

L'auteur résume en ces quelques lignes l'opinion que l'on doit se faire de l'hydrothérapie : « L'hydrothérapie rend ce qu'on lui donne et rien au delà, c'est-à-dire que ses effets sont proportionnés à l'assiduité, à la persistance, à la docilité des malades, autant dans les pratiques à suivre que dans les règles à observer. Ceux qui ne savent ou qui ne peuvent faire au traitement et aux exigences de leur santé que le sacrifice temporaire de quelques intérêts ou de leurs plaisirs ; ceux qui conspirent avec les nécessités de leur position de malade ; qui assignent le succès à terme fixe et lui refusent tout délai ; ceux qui ne se soumettent pas aux règles principales ou accessoires de la médication, qui se complaisent aux changements ; tous ceux, en un mot, qui ne se placent pas dans les conditions d'un bon traitement, compromettent à coup sûr le résultat thérapeutique. Ils agiraient plus sagement en s'abstenant. »

Telle est la première partie de cet ouvrage.

La seconde partie est consacrée à la clinique proprement dite, dans laquelle nous allons suivre l'auteur.

(*A suivre.*)

A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 octobre 1873. — Présidence de M. Trélat.

Sommaire. — De l'occlusion intestinale par des hystéromes ou fibromes utérins. — Ulcères de la jambe à forme névralgique. — Étranglement interne simulant une hernie ombilicale étranglée. — Présentation d'un enfant atteint de tumeurs érectiles de la face. — Présentation d'un malade atteint d'ankyloses multiples des membres inférieurs.

Deux rapports, une lecture et deux présentations de malades, le tout entremêlé de discussions ou plutôt de conversations tant soit peu décousues ; tel est le résumé de cette séance.

Les deux rapports, l'un de M. Guéniot, l'autre de M. Ledentu, méritent des éloges pour le soin consciencieux avec lequel les auteurs se sont acquittés de leur tâche.

Le rapport de M. Guéniot est relatif à un travail de M. le docteur Faucon, médecin à

Amiens, sur l'occlusion intestinale déterminée par la présence d'hystéromes ou corps fibreux utérins.

En cherchant bien, M. Faucon a réuni 5 cas d'occlusion intestinale produite par cette cause. Une de ces observations lui appartient et a été recueillie par lui, il y a quelques années, dans le service de M. Broca, à l'hôpital de la Pitié; les autres observations sont empruntées à divers auteurs.

Dans son travail, M. Faucon fait remarquer que ce ne sont pas les tumeurs les plus considérables, comme on pourrait le croire au premier abord, qui donnent lieu aux accidents d'occlusion intestinale; en effet, ces tumeurs, en se développant, s'élèvent, avec la matrice qui les supporte, dans la cavité abdominale où elles trouvent de l'espace pour s'étaler librement, et l'intestin échappe ainsi à la compression. Mais les corps fibreux de moyen volume séjournent dans la cavité du petit bassin, et finissent par obstruer ou oblitérer complétement le canal intestinal, d'où les accidents d'occlusion ou d'étranglement, auxquels on remédie, soit par l'opération de l'hystérotomie, soit par l'opération de l'anus artificiel.

M. le rapporteur pense, d'après les faits de plus en plus nombreux de succès obtenus par les injections de liquides résolutifs dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, qu'il y aurait lieu d'employer ce moyen dans les cas où la tumeur serait accessible.

Tel n'est pas l'avis de M. Dolbeau qui, se basant sur l'existence habituelle d'accidents péritonéaux dans ces cas de prétendue occlusion intestinale, conseille l'abstention de toute intervention chirurgicale, du moins dans la généralité des cas.

Dans un cas où l'obstruction intestinale était produite par un corps fibreux utérin compliqué de grossesse commençante, M. Depaul ne put sauver la malade qu'en provoquant l'avortement.

Du reste, les cas d'obstruction intestinale par la cause dont il s'agit sont rares, car MM. Guéniot et Guyon qui, avant M. Faucon, s'étaient livrés à des recherches de même genre, n'ont pu réunir qu'un très-petit nombre d'observations de cette affection. M. Demarquay, dans sa pratique déjà longue, n'en a observé qu'un seul cas.

— Le rapport de M. Ledentu est relatif à un mémoire de M. le docteur Terrillon, dont nous avons dernièrement donné l'analyse, sur une variété rare d'ulcère de la jambe à forme névralgique.

M. Terrillon cite deux observations dans lesquelles des douleurs atroces coexistant avec un ulcère du mollet, n'ont pu être calmées que par la résection d'une portion du nerf sciatique. Chez une jeune fille, dans le service de M. Verneuil, les douleurs incessantes avaient tellement altéré la santé générale, que M. Verneuil, ayant tout épuisé, se vit forcé, pour sauver la malade, de recourir à l'amputation du membre. L'ulcère récidiva dans le lambeau, et les douleurs reparurent. La résection du nerf sciatique les fit disparaître comme par enchantement, et l'ulcère se cicatrisa avec une rapidité merveilleuse.

Ces faits ont porté M. Terrillon à penser que, dans ces cas, la cause première de l'ulcère a été une altération du nerf sciatique, puisque la résection du nerf a guéri l'ulcère qui avait résisté jusque-là à tous les moyens employés, même à l'amputation de la jambe.

M. le rapporteur s'abstient de se prononcer sur la théorie de M. Terrillon; toutefois, il pense qu'il ne faudrait pas en adopter les conclusions d'une manière absolue, car il a eu récemment l'occasion d'observer une femme atteinte d'ulcère de la jambe à forme névralgique, et chez laquelle les douleurs ont cédé à l'emploi des injections hypodermiques.

M. Verneuil a ajouté que la malade de son service, dont l'observation a été rapportée par M. Terrillon, avait aujourd'hui une nouvelle récidive de son ulcère. L'observation devra donc être complétée ultérieurement.

A l'occasion du rapport de M. Ledentu, M. Marjolin a rappelé que le docteur Jules Guyot avait employé avec succès, contre les ulcères du membre inférieur, les appareils à incubation. M. Marjolin a eu l'occasion de mettre en usage ce moyen dans un cas d'ulcère sordide effroyable. Il fut surpris de voir les douleurs et l'odeur infecte disparaître comme par enchantement, et l'ulcère se cicatriser avec une rapidité merveilleuse.

M. Larrey a déclaré, de son côté, avoir obtenu d'excellents résultats des appareils Guyot dans les cas de spasmes, de névralgie et de pansements douloureux des moignons d'amputation.

M. Verneuil a employé sans succès chez sa jeune malade le pansement ouaté de M. Alph. Guérin, qui est à peu près l'équivalent de l'appareil d'incubation.

— M. le docteur Périer, agrégé de la Faculté, a lu une observation très-intéressante sous le titre suivant : *Étranglement interne simulant une hernie ombilicale étranglée; opération au dixième jour; guérison.* Nous reviendrons sur cette observation à l'occasion du rapport de la commission nommée pour l'examiner.

— M. Guéniot a présenté un enfant portant deux tumeurs érectiles : l'une entre les deux sourcils, l'autre à la région pariétale. C'était le cas d'essayer la vaccination dont il a été tant

question dans l'une des dernières séances; malheureusement, l'enfant a été vacciné et porte au bras des cicatrices indiquant que l'innoculation du virus a été suivie de résultats. Il y a donc lieu de songer à un autre mode de traitement, et c'est là-dessus que M. Guéniot demande l'avis de ses collègues.

M. Depaul a conseillé l'application d'un caustique chimique; — M. Amédée Forget la momification de la tumeur au moyen du tannage ; — M. Sée (Marc) la cautérisation profonde à l'aide de fils métalliques imbibés de perchlorure de fer et traversant la base de la tumeur ; — Un membre, dont le nom nous échappe, la cautérisation avec le fer rouge.

— M. le docteur Faucon (d'Amiens) a demandé également à la Société de chirurgie une consultation pour un jeune malade de 15 à 16 ans qu'il présente, et qui a été atteint d'ankyloses multiples des membres inférieurs à la suite d'abcès sous-périostiques, suivis d'expulsion et d'extraction de nombreux séquestres. Les articulations du pied, du genou, de la hanche, étaient atteintes d'ankylose complète. M. Faucon est parvenu, à l'aide de mouvements forcés imprimés avec prudence et continués pendant trois semaines, à rétablir le mouvement de flexion des genoux jusqu'à angle droit. Pour les articulations coxo-fémorales, il a fait usage de mouffles pendant plusieurs semaines, mais le résultat n'a pas été aussi satisfaisant que pour les genoux. Après quinze séances, la mobilité obtenue est très-peu étendue, et il est survenu dans le membre un gonflement douloureux qui l'a obligé à s'arrêter dans ses tentatives.

Convient-il de les continuer? Que faut-il faire? Telle est la demande que M. Faucon adresse à MM. les membres de la Société de chirurgie.

Assurément l'honorable chirurgien d'Amiens n'aura pas à se plaindre de la pénurie des conseils. On lui en a donné de toute sorte. — Je n'hésiterais pas, déclare M. Tillaux, a essayer de rétablir vivement, par un redressement brusqué, les mouvements de l'articulation. — Gardez-vous-en bien! se sont écriés MM. Marjolin et Paulet, vous exposeriez votre malade à d'effroyables accidents, et peut-être à la mort! Agissez lentement et sans perdre courage. — L'enfant est rhumatisant, remarque M. Amédée Forget; *noli tangere!* — L'enfant est scrofuleux, fait observer M. Maurice Perrin, modifiez son état général! — Donnez-lui des bains sulfureux, disent plusieurs membres. — Envoyez-le aux bains de mer, dit M. Trélat.

Ainsi finissent la consultation et la séance.

M. Faucon se retire avec son malade, qu'il a amené avec lui d'Amiens tout exprès pour le présenter à la savante Société qu'il désirait consulter sur ce cas difficile. L'honorable et distingué chirurgien n'aura pas perdu sa peine; il retourne à Amiens riche de conseils; il n'aura que l'embarras du choix.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE LA CHORÉE.

Extrait de jusquiame.	2 grammes.
Valérianate de fer	4 —

F. s. a. quarante pilules.

Trois par jour dans le traitement de la chorée, chez les chlorotiques, et pour combattre les douleurs névralgiques des femmes anémiques et débilitées. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 4 NOVEMBRE 1625.

Cinq médecins de la cour jouent leur partie dans un ballet que donne le roi, et le Trésor dépense 413 livres pour leur faire, avec 75 aunes de satin noir, de grandes robes à longues manches pendantes. Je vois figurer dans ce ballet :

« Vingt violons; — Guillemine la Quinteuse; — un grand colosse en forme de femme, représentant la musique; — le roy, représentant un joueur de guitare; — le sieur de La Barre, représentant un vieil Espagnol chaconishe; — M. de Liancourt, représentant Jacqueline l'Entendue; — un bossu par devant et par derrière; — un parrain à deux visages; — un borgne; — un boiteux; — un combattant à qui l'on coupe la tête; — Macbeth la Cabriocheuse; — huit bilboquets, etc., etc. » (*Arch. gén.*, k. k. reg. 200, fol. 17; R°.) — A. Ch.

LOI SUR LA FACULTÉ DE MÉDECINE (du 13 septembre 1873). — Le Conseil d'État de la République et canton de Genève, fait savoir que le Grand conseil, sur la proposition du Conseil d'État, décrète ce qui suit :

ART. 1er. — Il est créé dans l'Académie de Genève, qui prend le nom d'Université, une Faculté de médecine.

ART. 2. — Les objets d'étude sont :

L'anatomie humaine et l'histologie normales et pathologiques; — la physiologie; — la pathologie générale; — la pathologie interne; — la pathologie externe et la médecine opératoire; — la clinique médicale; — la clinique chirurgicale; — la thérapeutique; — l'hygiène; — la médecine légale; — la pharmacologie; — la matière médicale et les autres branches de l'enseignement pharmaceutique; — l'obstétrique.

ART. 3. — En dérogation à la loi du 19 octobre 1872, les assistants genevois ou suisses d'autres cantons, s'ils ont plus de 30 ans révolus, sont admis gratuitement, en s'inscrivant au département, à suivre les cours théoriques donnés dans la Faculté de médecine.

ART. 4. — En dérogation à la loi du 19 octobre 1872, les leçons académiques sont payées par les auditeurs, à raison de cinq francs par semestre pour une heure de cours par semaine. Cette rétribution appartient à celui qui fait le cours.

ART. 5. — Sous tous les autres rapports, la Faculté de médecine est assimilée aux autres Facultés.

ART. 6. — Le Conseil d'État est chargé de prendre avec l'Hospice général, l'Hôpital cantonal, et en général avec les administrations des Établissements d'assistance, les arrangements nécessaires à l'organisation de l'enseignement clinique.

ART. 7. — L'enseignement de l'anatomie humaine, de l'histologie, de l'anatomie microscopique, de la physiologie et de l'hygiène est distrait des Facultés, où il est compris en vertu de la loi du 19 octobre 1872, pour être placé dans la Faculté de médecine.

ARTICLE TRANSITOIRE. — Pour les premières nominations dans la Faculté de médecine, toute latitude est donnée au Conseil d'État pour suivre le mode qu'il jugera convenable.

Le Conseil d'État est chargé de faire promulguer les présentes dans la forme et le terme prescrits.

Fait et donné à Genève, le 13 septembre 1873, sous le sceau de la République et les signatures du Président et du Secrétaire du Grand Conseil.

Le Président du Grand Conseil, Ch. LÈCHET.

Le Secrétaire du Grand Conseil, George FAZY.

Le Conseil d'État promulgue la loi ci-dessus pour être exécutoire dans tout le canton, dès le jour de demain.

Genève, le 24 septembre 1873.

AU NOM DU CONSEIL D'ÉTAT,

Le Chancelier, Moïse PIGUET.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — *Clinique chirurgicale.* — M. le professeur Gosselin reprend ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, aujourd'hui mardi 4 novembre, à huit heures du matin.

M. Mallez commencera son cours de *pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire*, le jeudi 6 courant, à 7 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'*École pratique*, et il le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 31 octobre on a constaté 790 décès, savoir :

Variole, 0 décès; — rougeole, 2; — scarlatine, 0; — fièvre typhoïde, 35; — érysipèle, 1; — bronchite aiguë, 23; — pneumonie, 35; — dysenterie, 6; — diarrhée cholériforme des enfants, 22; — choléra infantile, 0; — choléra, 20; — angine couenneuse, 6; — croup, 13; — affections puerpérales, 5; — affections aiguës, 222; — affections chroniques, 334 (dont 142 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 50; — causes accidentelles, 16.

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 19 au 25 octobre : 1,404; variole, 0; rougeole, 76; scarlatine, 18; fièvre typhoïde 46; érysipèle, 8; bronchite, 85; pneumonie, 63; dysenterie, 2; diarrhée, 29; choléra nostras, 2; diphthérie, 4; croup, 8; coqueluche, 27.

ROME. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 12 au 18 octobre : 147. Variole. 1; rougeole, 0; fièvre typhoïde, 8; érysipèle, 1; bronchite, 7; pneumonie, 17; diphthérie, 2; croup, 8.

BRUXELLES. — Population; 185,000 habitants. — Décès du 12 au 18 octobre 1873, 92.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Début de la séance par une courte réplique de M. Colin à M. Davaine. Ces honorables expérimentateurs en sont aux propos aigres-doux, en attendant qu'ils exposent les résultats des nouvelles expériences auxquelles ils se livrent simultanément.

M. Cornil, candidat dans la section d'anatomie pathologique, a lu une note sur l'état des canaux biliaires et des vaisseaux sanguins dans la cirrhose du foie. Des travaux de ce genre ont beaucoup de peine à être saisis par l'assistance.

M. Jolly, indisposé, ne prononcera son discours que mardi prochain. M. Hervieux, seul, a continué la discussion sur le choléra. L'honorable académicien a fait un heureux début à la tribune académique; il parle avec facilité, abondance, et non sans élégance. Son discours était bien coupé, bien enchaîné, et l'orateur, quoiqu'il ait tenu la parole pendant une heure, a su se faire écouter, non-seulement sans lassitude, mais avec plaisir.

M. Hervieux, comme les précédents orateurs, à l'exception de M. J. Guérin, a soutenu la spécificité du choléra épidémique et la doctrine de l'importation. M. Hervieux a groupé avec art tous les arguments, tous les raisonnements, tous les faits qui militent en faveur de cette doctrine; ce discours est une très-bonne exposition de l'opinion dont M. Hervieux s'est fait le défenseur, mais n'ajoute rien de nouveau à la démonstration. Un professeur de pathologie, chargé de vulgariser la doctrine de l'importation, aurait fait une très-belle leçon avec le discours de M. Hervieux.

M. le Président a déclaré deux places vacantes : l'une dans la section de pathologie médicale, et l'autre dans la section de pathologie chirurgicale.

Les vacances depuis si longtemps déclarées dans la section d'anatomie pathologique et de médecine vétérinaire, seront bientôt remplies sans doute, si les rapporteurs de ces sections tiennent les bonnes promesses qu'ils ont faites hier.

CLINIQUE MÉDICALE

LEÇONS FAITES A LA FACULTÉ, AUX COURS COMPLÉMENTAIRES DU SOIR, SUR LES SIGNES DIAGNOSTIQUES ET PRONOSTIQUES TIRÉS DE L'EXAMEN DU CŒUR ET DE L'AORTE THORACIQUE (1).

Lésions de la névrite cardiaque par aortite. — Asthénie cardio-vasculaire et non pas asystolie. — Agonie du cœur. — Maladie deutéropathique du cœur droit et ses signes révélateurs.

Par M. Michel PETER, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, etc.

(Leçon recueillie par M. le docteur Henri HUCHARD, ancien interne des hôpitaux.)

Messieurs,

Vous vous rappelez que, dans une de nos dernières leçons, je vous ai montré les pièces anatomiques d'un homme qui avait succombé aux accès répétés de l'angine de poitrine névritique, et que je vous ai promis de revenir sur cette observation intéressante à laquelle manquait encore la sanction de l'examen micrographique. Je viens aujourd'hui remplir ma promesse et vous annoncer que les altérations profondes trouvées dans les nerfs confirment pleinement la théorie que j'ai eu l'honneur de vous exposer déjà plusieurs fois. Je n'ai pas besoin sans doute de vous rappeler la structure anatomique des nerfs, et vous savez fort bien que, lorsqu'on pratique la section d'un nerf mixte, on trouve à sa surface, des faisceaux de tubes nerveux dans l'axe desquels on voit un pointillé assez fin. Ces tubes sont entourés de cercles concentriques, une gaine conjonctive relie tous les faisceaux nerveux, c'est le périnèvre; une autre gaine de même nature entoure les tubes nerveux, c'est le névrilème.

Les nerfs cardiaques et phréniques du malade en question ont été plongés dans

(1) Suite et fin. — Voir les n°s des 25 mars, 12, 22 avril, 13 mai, 10, 12 juin 12 août et 2 septembre.

l'acide chromique, et leur examen microscopique démontre d'abord que leur surface de section n'est pas régulière, qu'il existe certainement une altération dans leurs contours; et surtout, que la lésion principale consiste dans une prolifération abondante de tissu conjonctif. En nombre d'endroits, à la place des tubes nerveux, on constate des vacuoles, de vastes lacunes, et l'on y trouve du tissu granulo-graisseux, lequel manque à l'état physiologique. Le tissu conjonctif qui relie les divers tubes nerveux est donc hypertrophié et altéré; enfin on voit çà et là des cellules plasmatiques de récente origine. C'est-à-dire qu'on rencontre à cet examen, des lésions de date récente et de date reculée; à celles-ci se rapportent les éléments granulo-graisseux; à celles-là les jeunes cellules de prolifération. Or, il est difficile de trouver rien qui soit plus probant au point de vue des lésions névritiques du plexus cardiaque. Cet homme avait comme lésions anciennes visibles à l'œil nu une aortite (dont l'altération des valvules sigmoïdes était la conséquence) et une lésion chronique du péricarde, le tout par alcoolisme et tabagisme chroniques; et il présentait comme lésions récentes cette adhérence générale du péricarde au cœur, cette symphyse cardiaque aiguë dont je vous ai parlé; je dis *aiguë*, car les fausses membranes molles, fragiles, et d'où j'ai énucléé le cœur devant vous, ne dataient pas d'un très-long temps. Or, cet homme avait éprouvé, antérieurement à son entrée à l'hôpital, des accidents douloureux analogues à ceux pour lesquels il était venu demander notre secours, et à l'intensité graduelle desquels il avait fini par succomber. Eh bien, les altérations granulo-graisseuses des nerfs sont le témoignage d'une lésion autrefois aiguë, actuellement chronique, et contemporaine des lésions, également devenues chroniques, de l'aorte et du péricarde; à ces lésions maintenant granuleuses, se rapportaient les douleurs d'autrefois. De même les cellules conjonctives plus récentes observées dans le tissu nerveux se sont produites en même temps que la péricardite *symphysiaque*, et c'est cette névrite actuelle qui a déterminé ces accidents douloureux observés par nous, cet *angor pectoris* à accès subintrants.

Ainsi l'altération nerveuse que je vous ai signalée comme caractéristique de ce que j'appelle l'angine de poitrine *névritique*, n'a pas manqué dans ce cas particulier.

Cela dit, je reprends mon sujet au point où je l'ai laissé dans la dernière séance. Nous avons vu ensemble que l'hyperémie constitue le danger des affections cardiaques à leur dernière période. Or, les poumons sont le siége des premières congestions morbides; puis à l'encombrement vasculaire succèdent les sécrétions exagérées, les hypercrinies, et vous observez tous les symptômes du catarrhe bronchique qui surviennent sous l'influence de la moindre cause chez les cardiopathes et persistent avec la plus grande ténacité. Puis, ce sont des phlegmasies bâtardes, scléreuses ou atrophiantes, des hémorrhagies; ces dernières deviennent même un élément de diagnostic et de pronostic dans les affections du cœur. Car si, dans ces cas, les poumons renferment du sang en trop grande abondance, la plus légère influence congestive augmentera encore ce trop-plein, ce sera la goutte d'eau qui fera déborder le vase, et alors il se produira une hémorrhagie, une hémoptysie.

Un individu bien portant se trouve plongé dans l'atmosphère surchauffée d'une salle de spectacle; il en sort en éprouvant l'impression du froid, et, aussitôt, il se plaint d'oppression, il tousse et il crache du sang; le plus habituellement le sang n'est pas rouge ni spumeux, et le malade ne le rend pas à pleine bouche, comme cela peut arriver et arrive souvent dans les hémoptysies tuberculeuses où le sang est spumeux, rouge, diffluent dans le vase qui le reçoit. Quand, chez un individu qui paraissait jusqu'alors bien portant, on observe cet accident à la suite d'une cause légère comme celle dont je viens de vous parler, on doit aussitôt penser au cœur dont la maladie a pu être latente ou méconnue jusque-là.

L'hémoptysie n'est pas seulement pour vous un élément de diagnostic; elle devient par la suite un moyen de pronostic. Étant donné un malade atteint d'affection cardiaque, s'il est pris d'hémoptysie, vous devez concevoir sur son compte d'assez sérieuses inquiétudes et penser que le poumon a subi certaines altérations.

Dans ce dernier cas, l'hémorrhagie se produit autrement, elle ne survient pas sous forme suffocante; les crachats sont épais, noirâtres, et les phénomènes stéthoscopiques sont différents. Ce n'est pas une congestion généralisée avec pluie de râles dans la presque totalité des poumons, on ne trouve, au contraire, que certains points mats à la percussion et où l'auscultation permet de percevoir des bulles volumineuses de râles sous-crépitants, et parfois même tous les signes d'une excavation.

En résumé donc, dans le premier cas, l'hémoptysie sert à mettre sur la voie du diagnostic d'une affection du cœur; dans le second, elle prouve que cette affection entre dans une période qui est grave; enfin, c'est presque toujours une lésion mitrale qui donne lieu à ces accidents.

Messieurs, la circulation s'effectue par le concours de deux forces qui se prêtent un mutuel appui, de deux puissances collaboratrices, qui sont le cœur et les vaisseaux. Or, dans l'étude des affections cardiaques, on ne tient pas assez compte de l'état des vaisseaux. Le cœur se contracte d'une façon aveugle pour ainsi dire, et n'intervient nullement dans la distribution régulière du liquide nourricier aux différents organes de l'économie. Mais à cette force aveugle sont adjoints des organes de canalisation et de répartition du sang, les artères et les artérioles. Celles-ci, douées d'une puissance autonome, se contractent ou se dilatent suivant les besoins de l'organe. Ainsi, pour ne vous en citer qu'un exemple, lorsqu'une glande entre en fonction, le sang y afflue en plus grande quantité pour fournir les matériaux de la sécrétion. Eh bien, tout le système artériel est lésé à la dernière période des affections du cœur, et quand l'artère pulmonaire, le cœur droit, l'aorte et le cœur gauche sont altérés, le malade est atteint d'accidents aussi multiples que complexes que Beau a simplement rapportés à l'*asystolie*.

Pour moi, je n'accepte ni le mot ni la doctrine qu'il représente. Le mot est insuffisant, parce qu'il laisse supposer que tout le mal vient du cœur qui ne se contracte pas suffisamment; il est mauvais, parce qu'il exprime une chose qui n'existe pas, l'absence de contraction cardiaque.

Mais rien, je ne saurais trop le redire, rien n'est complexe comme l'état général du malade arrivé à la période dite de l'asystolie. Il y a partout des hyperémies, des hypertrophies par hyperémie ou des atrophies par sclérose; les organes sont œdématiés, déformés, altérés; les vaisseaux laissent en abondance transsuder des liquides à travers leurs parois dégénérées; en un mot, tous les organes sont devenus mauvais, et, par suite, inhabiles à la fonction demandée; les reins sont plus ou moins profondément lésés; le foie, la rate, les glandes, etc., accomplissent mal ou incomplétement leur tâche hématopoiétique; partout la désorganisation, partout la mort partielle, avant la mort générale chaque jour plus imminente. Enfin, les extrémités se refroidissent, la face est turgide, le pouls petit, irrégulier, insensible. La vie va cesser.

Sans doute le tableau qu'on a fait de cet état en le qualifiant d'*asystolique*, est vrai comme description, mais l'interprétation en est inexacte.

Est-ce donc parce que le cœur se contracte insuffisamment que ces phénomènes ultimes se produisent? Assurément le pouls est faible, il est petit; mais dans le même temps, au contraire, les battements du cœur sont énergiques, violents même, puis tumultueux; pour ne s'affaiblir enfin qu'aux dernières heures de la vie, mais aux dernières heures seulement, et non pendant des jours comme le suppose la doctrine de l'asystolie.

Que veut dire tout cela, sinon que l'organe central d'impulsion n'est pas incapable de se contracter fortement? ce dont vous avez la preuve par le choc énergique de sa pointe comme de sa face antérieure contre la paroi thoracique. Si donc l'artère, malgré cela, ne se soulève que faiblement, c'est qu'il y a un *trop-plein* vasculaire, et, par suite, une résistance du vaisseau à se laisser dilater davantage. Le cœur, au contraire, se contracte avec violence en raison même de l'obstacle périphérique, il essaye de chasser le sang qu'il contient, et si les artères ne se laissent pas distendre, c'est qu'elles ne peuvent recevoir une nouvelle quantité de

sang. Il y a donc impossibilité pour le cœur de débiter son contenu dans le système aortique, l'asystolie n'existe pas, elle est contradictoire avec les faits bien observés.

Prenez, en effet, simultanément, le tracé du cœur et du pouls radial, et vous verrez entre eux un désaccord complet : la ligne d'impulsion cardiaque est très-évidente, celle de l'impulsion artérielle presque nulle; de plus, il y a un retard considérable entre les deux lignes d'impulsion. C'est donc l'obstacle au débit cardiaque qui crée le principal, le seul danger, c'est l'encombrement vasculaire, c'est l'entrave à la circulation dans les petits vaisseaux qui provoquent tous les accidents imputés à l'asystolie.

Vous allez voir, Messieurs, qu'il y a là autre chose qu'une discussion de mots; car, si le mal vient des vaisseaux, il faut songer à les soutenir, et il faut en tenir compte aussi dans la dénomination exacte de cet état particulier des cardiopathies à leur période extrême, génératrice de la cachexie. Les vaisseaux sont d'abord frappés d'asthénie, puis de dilatation; plus tard, par suite de l'exagération fonctionnelle du cœur, il y a asthénie progressive de celui-ci; à cette période, les malades sont atteints non pas d'asystolie, mais d'une véritable ASTHÉNIE CARDIO-VASCULAIRE où le cœur est encore plus valide que les vaisseaux. Enfin, aux dernières heures de la vie, vous ne percevez à la région précordiale qu'une simple ondulation cardiaque, le pouls radial est alors insensible. Dans ce court moment qui précède le suprême, il y aurait vraiment asystolie; mais ce n'est plus alors qu'une véritable *agonie* du cœur, qui combat son dernier combat!

Ce n'est pas, vous dis-je, une stérile querelle de mots que je fais; car, si vous savez que tout le péril vient d'abord et surtout des vaisseaux, je vous répète que vous devez vous efforcer de les soutenir, et vous le pouvez par des moyens extérieurs, par l'hydrothérapie qui stimule la peau, les nerfs et les petits vaisseaux de celle-ci. Ce mode de traitement, appliqué empiriquement par Priessnitz, puis scientifiquement par Fleury, et, dans l'Allemagne française, par Hirtz et Schutzemberger, a été suivi des résultats les plus bienfaisants On peut employer les lotions froides avec une éponge ou les frictions avec le drap mouillé; le massage est encore un excellent moyen pour stimuler les muscles, donner du ton à la peau, ranimer la circulation périphérique; il a été mis en usage avec une grande sagacité par Gendrin. Enfin, je vous conseille aussi l'électrisation de la peau et de la moelle où les nerfs vaso-moteurs tirent, comme vous le savez, leur origine.

Messieurs, je vous ai dit que tous les troubles circulatoires dans les maladies cardiaques commencent par les vaisseaux pulmonaires, puis se font sentir dans les cavités droites du cœur. Quelles sont donc les conséquences des affections du *cœur droit*?

Je ne vous parlerai pas du rétrécissement et de l'insuffisance de l'orifice tricuspide que l'on a signalés chez le fœtus, mais je vous entretiendrai de ces maladies du cœur droit qui sont toujours deutéropathiques. Une seule cause les engendre : c'est la gêne circulatoire dans les artères pulmonaires, que la stagnation se produise consécutivement à une lésion du cœur gauche, comme je vous l'ai démontré, ou qu'elle ait lieu sous l'influence d'une maladie des voies respiratoires. Ainsi, dans l'emphysème des poumons, si vous supposez que la moitié des vésicules pulmonaires est détruite, vous comprendrez parfaitement alors que le réseau vasculaire occupera une surface moitié moindre, et que le ventricule ne pourra plus chasser son contenu sur une surface ainsi diminuée de moitié. De même pour le catarrhe chronique des vieillards, et aussi pour certaines déformations du thorax consécutives au rachitisme. Dans ce dernier cas, les poumons n'ont pas une place suffisante pour se dilater, il y a alors stase dans le système des artères pulmonaires; elle se propage dans le ventricule droit qui ne peut se vider complétement, et qui, par suite, ne tarde pas à se dilater.

La maladie du cœur droit est dès lors constituée. Maintenant que vous en connaissez les causes, que vous savez qu'elle n'est jamais protopathique, mais tou-

jours deutéropathique, vous devez en apprendre les signes, en prévoir les conséquences.

Si le ventricule droit se dilate par le fait d'une trop grande réplétion, consécutive à l'insuffisance de sa déplétion, les valves qui composent la valvule triglochine vont s'écarter l'une de l'autre, et laisser refluer le sang du ventricule dans l'oreille au moment de la systole, c'est-à-dire que cette valvule deviendra insuffisante. Alors le sang va refluer dans la veine cave inférieure, dans la veine cave supérieure, et consécutivement dans les jugulaires. Dans la jugulaire interne, vous ne pourrez percevoir le phénomène du *pouls veineux*, parce que ce vaisseau est trop profondément situé; mais dans la jugulaire externe vous observerez de véritables pulsations isochrones aux pulsations artérielles et aux contractions du ventricule droit.

Indépendamment de ces signes classiques de l'insuffisance tricuspide et de la dilatation du ventricule droit, dont cette insuffisance est la conséquence exagérée, il est un autre signe de cette dilatation et de cette insuffisance actuelle ou prochaine, signe que ne mentionnent pas les auteurs, qui ne m'a jamais trompé et que je me permets de vous indiquer, c'est la *dilatation, parfois variqueuse, des veinules de la partie supérieure de la poitrine*. Ces veinules, non apparentes à l'état sain, forment, lorsque le ventricule droit est encombré, dilaté, et *à fortiori* lorsque la valvule tricuspide en est devenue insuffisante, un *lacis veineux* qui s'étend de la région sous-clavière à celle de l'épaule, et tranche par sa coloration bleuâtre sur la blancheur du reste de la poitrine. Ce lacis (vous en comprenez aisément le développement) est formé par les veinules qui se déversent dans la jugulaire externe et qui, trouvant celle-ci engorgée, se dilatent par suite de l'obstacle qu'elles éprouvent à se vider. Le *lacis veineux scapulo-claviculaire*, — laissez-moi lui donner ce nom, — a cette importance qu'il est visible tout d'abord, et qu'il existe alors que le pouls veineux peut manquer ou qu'il est peu apparent, en raison de la brièveté du col ou de l'embonpoint du malade. Ce signe, qui ne m'a jamais trompé, m'a permis d'aller à la recherche de la maladie du cœur droit, et de la découvrir dans des cas où elle était méconnue. Auscultez donc alors le cœur, et vous entendrez un *bruit de souffle sous-mamelonnaire* plus doux que dans l'insuffisance mitrale, parce qu'il n'est jamais associé au bruit d'un rétrécissement; il est au premier temps, siége tout près du sternum, c'est-à-dire près du point où il se produit. Le souffle mitral est au-dessous et en dehors du mamelon, tandis que le *souffle tricuspidien est en dedans du mamelon, près du sternum*.

Mais le reflux du sang se fait aussi dans la veine cave inférieure et ensuite par elle jusque dans les veines hépatiques; alors le foie est congestionné, et le reflux systolique qui se produit dans les veines donne lieu au phénomène connu sous le nom de POULS HÉPATIQUE.

En résumé, dans les maladies deutéropathiques du cœur droit, vous pourrez distinguer deux phases et les parfaitement reconnaître à des signes physiques corrélatifs : 1° une phase de *dilatation* par réplétion; réplétion qui s'étend de proche en proche du ventricule à l'oreillette, puis de celle-ci aux veines caves et à leurs affluents les plus immédiats; 2° une phase d'*insuffisance* tricuspide par dilatation, laquelle insuffisance n'est que le résultat exagéré de la dilatation.

1° A la phase de *dilatation* cardiaque droite correspond nécessairement la dilatation veineuse cervicale; de sorte que les signes certains de cette dilatation cardiaque droite sont le gonflement à rénitence pâteuse de la jugulaire interne qui soulève l'aponévrose cervicale; le gonflement de la jugulaire externe sans pulsation (ce que l'on a désigné par la dénomination, au moins bizarre, de *faux pouls veineux*); les varicosités noueuses de la jugulaire externe et antérieure; enfin, le lacis veineux scapulo-claviculaire.

2° A la phase d'*insuffisance* tricuspide correspond nécessairement le pouls veineux du cou et du foie, qui est le signe certain de cette insuffisance, signe auquel s'ajoutent ceux de la phase précédente.

Maintenant, puisque ces maladies du cœur droit sont consécutives soit à une lésion du cœur gauche, soit à une affection chronique des voies respiratoires ou à

une déformation de la cage thoracique, tout individu atteint d'une de ces affections nous pose le problème suivant : « Où en est le cœur droit de ce cardiaque, de cet asthmatique, de cet emphysémateux, de ce catarrheux, de ce bossu? » Et c'est en examinant les grosses veines du cou, le lacis veineux scapulo-claviculaire que vous aurez déjà un aperçu de l'état de réplétion, de distension, d'insuffisance du cœur droit et de sa valvule auriculo-ventriculaire. La vue sert ainsi de guide à l'oreille et l'incite à aller chercher le souffle accusateur de l'insuffisance tricuspide. Mais ce problème de diagnostic en est un aussi de pronostic, car, la lésion du cœur droit reconnue, vous en induirez la venue plus ou moins prochaine de la période d'asthénie cardio-vasculaire, avec ses conséquences dernières : les congestions, les hémorrhagies et les hydropisies.

Me voici parvenu, Messieurs, à la fin de la tâche que je m'étais donnée; si, dans cette étude que nous avons faite ensemble, j'ai parfois émis des idées personnelles ou critiqué des doctrines, ce n'est point par recherche du paradoxe, mais par amour de la vérité, la règle de ma vie scientifique étant cette maxime de Descartes, modifiée pour mon usage particulier :

« N'admettre comme vrai ou comme vraisemblable que ce que l'observation ou le raisonnement a démontré être tel. »

FIN

TOXICOLOGIE

EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS.

Charmes-sur-Moselle (Vosges), 24 septembre 1872.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous soumettre deux cas récents d'empoisonnement par des champignons vénéneux, qui mériteront votre attention ainsi que celle des nombreux praticiens qui reçoivent votre bon et savant journal.

Voici le fait : Le 18 septembre dernier, je fus appelé en hâte pour voir une jeune femme tombée subitement malade dans une maison où elle était allée faire une visite vers trois heures environ de l'après-dînée. En arrivant, je trouvai cette jeune femme (enceinte de huit mois environ) sur un canapé, plongée dans un coma profond d'où l'on ne pouvait la tirer par aucun moyen. Les membres étaient dans un relâchement absolu; il y avait insensibilité totale de la peau. Les pincements, les piqûres ne provoquaient aucune douleur : les extrémités étaient froides; les ailes du nez glacées; la face était grippée, ruisselante d'une sueur froide; les yeux sans expression, fixes; la pupille dilatée; les dents serrées et les mâchoires convulsivement rapprochées. En même temps, le pouls était petit, filiforme; la respiration courte, stertoreuse; les membres étaient agités de convulsions, de soubresauts épileptiformes. Je fis immédiatement mettre la malade au lit et prescrivis un lavement composé de sirop de nerprun, de séné et de sulfate de soude. Je n'osai prescrire un purgatif violent non plus qu'une dose élevée d'émétique, crainte d'amener de plus graves accidents chez cette jeune femme enceinte de huit mois. Les évacuations furent abondantes et produisirent l'effet momentané le plus heureux. Je quittai alors la malade pour aller voir la bonne de la maison, malade aussi de l'ingestion des champignons.

Les symptômes qui ont accompagné l'intoxication sont curieux : Cette jeune fille, sitôt après le repas, se sentit la tête lourde comme une personne ivre; l'intelligence se déroba pour ainsi dire comme derrière un voile. Puis survint une période de violente surexcitation, dans laquelle, hors d'elle-même, bien qu'ayant ses règles et oubliant tout sentiment de pudeur, la malade s'est mise à parcourir la maison en chemise, se frappant la tête au mur et poussant des cris comme une forcenée. Quand j'arrivai, je trouvai cette jeune fille en proie aux mêmes accidents, subissant les mêmes phénomènes, mais plus violents, que sa maîtresse. Voyant alors le cas identique au précédent, les symptômes plus alarmants, le danger plus grand, je n'hésitai pas à agir vigoureusement, sans m'arrêter aux précautions prémonitoires, telles que faire boire du lait, etc., etc. Je prescrivis l'émétique à la dose de 0,08, uni au sirop d'ipéca et à la poudre d'ipéca aussi, en même temps un lavement drastique, et j'attendis. Bientôt les vomissements et les déjections survinrent abondants, fréquents, convulsifs, etc., etc. Les selles continuaient à être involontaires, ainsi que la mixtion urinaire. Les symptômes étaient

toujours très-alarmants. Enfin, quand l'estomac fut un peu vidé, une période de calme relatif succéda. J'en profitai pour courir au plus vite revoir mon autre malade.

Sous l'influence du vomitif et du lavement purgatif, les accidents s'étaient considérablement amendés. Au moins je respirais et j'étais plus tranquille, car il y avait déjà près de six heures que j'allais d'une malade à l'autre, toujours en proie aux plus grandes inquiétudes. Je prescrivis alors pour l'une et pour l'autre des tasses de café bien concentré et bien préparé, du rhum comme diffusible, fréquemment répétés. Avec cela des frictions sèches, générales, avec une flanelle un peu rude, avec un liniment ammoniacal, etc., etc., des sinapismes promenés sur les cuisses et sur l'épigastre. Je me trouvai très-bien de tous ces moyens. La connaissance revint peu à peu; les malades, brisées de fatigue et de souffrance, purent jouir de quelques heures d'un sommeil réparateur. Le lendemain, le mieux était plus sensible; par mesure de sûreté, je fis maintenir le repos au lit, donner de la nourriture légère, peu à la fois, mais souvent dans la journée : vin généreux, du café, etc., etc.

Aujourd'hui, j'ai la satisfaction de voir mes malades sauvées, bien qu'elles ressentent encore quelques douleurs vagues, erratiques, qui sont la conséquence des rudes secousses qu'elles ont éprouvées.

Maintenant, voilà les faits exposés. Je me permettrai, Monsieur le rédacteur, quelques réflexions à ce propos : Ai-je agi sainement en ne donnant pas l'émétique à haute dose à la première malade enceinte, comme je vous l'ai dit? Oui, je le crois : parce que je savais que cette jeune femme n'avait pas ingéré beaucoup de champignons; parce que je tenais compte de son état de grossesse avancée; parce qu'enfin la malade est depuis longtemps dans un état extrême de névropathie. Qu'aurais-je produit avec des doses rasoriennes de tartre stibié? Un avortement peut-être. On a beau dire que la valvule de Bauhin est la barrière des apothicaires; mais si un lavement, bien que drastique, ne va pas au delà, du moins il excite puissamment les mouvements péristaltiques de l'intestin, et voilà sur quoi j'ai pu compter avec raison et succès. Pour l'autre malade, jeune fille de 22 ans, j'ai agi sur elle par les moyens vulgairement enseignés par notre art.

Maintenant, venons-en aux champignons, à ces scélérats qui vous valent, Monsieur le rédacteur, le déplaisir de digérer une si longue lettre. Les champignons ingérés dans ces deux cas sont ce qu'on appelle chez nous des gourmelles ou oronges. Celles-là étaient fausses. On dit toujours que le meilleur des champignons ne vaut rien : c'est vrai. J'ai recueilli à ce sujet l'avis de chasseurs expérimentés, de sagars, de vieux bûcherons. Pour eux, il est avéré que des champignons, même bons, deviennent vénéneux s'ils ne sont cuits aussitôt, si on les laisse flétrir, si, à leur point de maturité, ils sont cueillis par des temps de pluie, de brouillards, etc., etc. De même que les champignons les plus vénéneux deviennent comestibles par les lavages à grandes et fréquentes eaux, par l'addition de vinaigre, etc., etc. En somme, les deux espèces les plus inoffensives sont le champignon de couche et le mousseron des prés.

Voilà une bien longue observation, Monsieur le rédacteur, pour ne pas prouver grand'chose, mais les observations consciencieuses sont les pierres de l'édifice. Si cette observation vous présente quelque intérêt, veuillez l'insérez dans les colonnes de votre estimé et savant journal.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, etc. Dr COSSERAT.

A ces deux observations d'empoisonnement par les champignons, observations fidèlement rapportées, ainsi que je puis en témoigner *de visu*, je pourrais en ajouter quatre autres analogues recueillies il y a douze ans.

Ces quatre personnes aussi avaient mangé des *gourmelles*. Elles m'ont présenté les mêmes symptômes que ceux ci-dessus décrits, et la guérison a été obtenue par les mêmes agents administrés à hautes doses.

Depuis plus de trente-trois ans que j'habite Charmes, je n'ai vu que ces six cas d'empoisonnement par les champignons qui, chaque année, entrent pour une assez large part dans l'alimentation de la classe indigente surtout.

Les chaleurs excessives que nous avons subies, et qui ont été suivies de pluies longues et d'une température presque hivernale, auraient-elles imprimé à ces champignons des qualités toxiques? C'est ce que j'ignore. Tout ce que je sais, c'est que des empoisonnements semblables ont été observés dans les mêmes conditions par le docteur Brard, médecin à Jonzac (Charente-inférieure), en octobre 1864; c'est que les quatre observations qui me sont propres ont été recueillies aussi dans les mêmes circonstances climatériques.

La question vaut la peine d'être bien étudiée, et j'appelle de tous mes vœux une solution de nature à nous éclairer et à nous mettre en situation d'être utiles à nos clients villageois et citadins. Dr A. CHEVREUSE.

DÉONTOLOGIE EN MATIÈRE SCIENTIFIQUE.

Paris, le 4 novembre 1873.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Monsieur et très-honoré maître,

M. le docteur Charles Pellarin, dans une lettre publiée dans le numéro de ce jour de l'Union Médicale, me reproche en termes assez courroucés d'affecter d'ignorer sa réclamation de priorité touchant le *fond* de ma doctrine sur le mode de propagation du choléra.

M. le docteur Ch. Pellarin sera satisfait, car, hier, M. Dumas, membre de l'Institut et secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, a déposé en mon nom une note rectificative qui sera, je l'espère, insérée dans le compte rendu de l'Académie des sciences.

Comme cette communication est trop longue pour être reproduite dans une lettre, je me bornerai à en citer ici les principales conclusions :

« La priorité de la découverte de la transmission du choléra au moyen des évacuations cholériques n'a jamais été revendiquée par moi. La priorité de cette découverte n'appartient pas au docteur Ch. Pellarin, mais au docteur J. Snow (de Londres).

« Ni dans la forme, ni dans le fond, ni dans l'idée, ni dans les faits, mon mémoire n'offre aucune analogie, même éloignée, avec la narration que le docteur Pellarin a publiée en 1849.

« Je m'appuie sur des faits considérables et récents, tous datant de ces dernières années; j'indique que la contagion se fait par les voies digestives et j'établis la thérapeutique que cette connaissance des causes nous fait accepter comme logique et naturelle.

« Quel rapport ce travail a-t-il avec la narration de l'épidémie de Givet et le tas de fumier sur lequel on verse des déjections cholériques, et ces latrines, dont l'odeur infecte a tant inquiété M. Pellarin, qui aurait pu se souvenir que les évacuations cholériques sont sans odeur? Tout au plus exhalent-elles une odeur fade.

« Pour M. Pellarin, le choléra est une maladie infectieuse; et moi, de mon côté, je repousse cette hypothèse avec énergie, car des faits innombrables la déclarent fausse et erronée. »

En somme, je n'ai jamais réclamé aucune priorité au sujet du rôle que les évacuations cholériques possèdent comme agent de transmission du choléra. Mon but était plus élevé, mes vues moins égoïstes; la question de priorité n'est même pas mentionnée dans mon mémoire; aucune allusion même n'y est faite. L'opinion qui veut que le choléra soit transmis par les évacuations cholériques a depuis bien des années de nombreux partisans; aujourd'hui elle est généralement acceptée, et je n'ai pas cru nécessaire de remonter à l'origine de cette opinion pour en démontrer la valeur, le seul point sur lequel j'insiste. Mais le docteur Ch. Pellarin n'est pas l'auteur de cette découverte, — si découverte il y a, — et il se l'attribue mal à propos.

Cette discussion est bien puérile; il serait inutile d'y insister davantage. Je n'ai pas eu connaissance du travail du docteur Pellarin, et si par hasard je l'eusse connu, il n'aurait pu en aucune manière m'être utile. La science marche, et ce qui pouvait paraître à M. Pellarin une découverte importante en 1849, devient de peu de valeur en 1873.

Si je n'ai pas plus tôt répondu aux réclamations de M. Pellarin, c'est que rien dans mes écrits ne justifie les prétentions et la priorité que M. Pellarin s'attribue.

Veuillez agréer, Monsieur et très-honoré maître, l'expression de ma haute considération.

Dr Henry Blanc.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 novembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1872 dans les départements de la Lozère et des Basses-Alpes.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Netter sur le choléra et son traitement par les injections dans les veines.

2° Un travail anonyme sur les signes de la mort.

—

M. le docteur Chauffard présente, de la part de M. le docteur Buez, un volume *Sur les pèlerinages de la Mecque et sur l'esclavage dans l'Orient.*

M. DEVILLIERS, un volume de M. le docteur Brochard sur l'allaitement maternel.

M. BERGERON s'exprime ainsi :

« J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, de la part de M. Simonin, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, une brochure qui se compose de son dix-huitième *Rapport sur l'assistance médicale dans le département de la Meurthe* et de son trentième *Rapport sur la vaccine*. Tous les membres de l'Académie, ou du moins tous ceux qui s'intéressent aux questions de cet ordre, savent que le département de la Meurthe est un de ceux où le service de l'assistance et celui de la vaccine fonctionnent avec le plus de régularité, à ce point, qu'il n'a pas même été troublé par l'invasion, et j'ajoute avec le plus de succès ; or, c'est justice de dire qu'une grande part de ce succès est due à M. Simonin, qui, après avoir été l'organisateur de ces services, en est resté le directeur. Le comité de vaccine, et particulièrement notre honorable président, savent ce que valent les rapports de M. Simonin sur la vaccine ; la commission des épidémies, de son côté, a bien souvent apprécié l'intérêt des documents statistiques que renferment ses rapports sur le service de l'assistance ; enfin, nos collègues de la section de chirurgie ont depuis longtemps rendu justice à ses travaux spéciaux et en particulier à ses recherches sur l'emploi des anesthésiques. Je n'apprends donc rien à personne ici en rappelant les mérites de M. Simonin ; mais peut-être me sera-t-il permis de dire, en terminant cette présentation, que M. le professeur Simonin est parmi les premiers dans un groupe d'hommes, aussi pleins de science que de zèle, qui, après avoir épuisé toutes les récompenses académiques, aspirent à l'honneur d'appartenir à l'Académie à titre de correspondants, et qui attendent depuis bien longtemps, au seuil de cette enceinte, qu'il plaise à la commission des correspondants de leur en ouvrir les portes. »

M. POGGIALE, au nom de M. le docteur Decaisne, présente un travail *sur les eaux de puits*, dont voici les conclusions :

« Des faits acquis à la science, des nombreuses observations recueillies par les médecins de tous les pays, des travaux des ingénieurs qui nous ont été communiqués, et en particulier des mémoires de MM. Lemaire et L'Huillier ; enfin, des recherches auxquelles nous nous sommes livré sur les eaux de Beauvais ;

Considérant que les deux principes essentiels de la salubrité des villes sont :

1° L'eau de bonne qualité à discrétion pour tous les habitants ; 2° la disparition immédiate des détritus de toutes sortes ;

Sans rechercher quels ont été dans le passé et quels sont dans le présent les effets appréciables sur la santé publique de l'état des eaux de la ville de Beauvais,

Nous croyons pouvoir conclure :

1° Quoique placé au milieu de rivières et de canaux et au-dessus d'une nappe d'eau souterraine importante, Beauvais n'a ni eaux abondantes d'assainissement, ni eaux d'alimentation de qualité convenable, ni égouts ;

2° L'altitude des eaux qui coulent au milieu et autour de la ville n'est pas assez grande pour qu'il soit possible de les faire servir au lavage des rues ;

3° Les eaux des canaux et rivières de Beauvais ne peuvent être utilisées pour l'alimentation, car elles sont le réceptacle de toutes les ordures de la ville ;

4° L'eau des puits qui alimentent la ville de Beauvais est de la plus détestable qualité. En effet, d'après une analyse faite au laboratoire des ponts et chaussées et signée de M. Hervé Mangon, elle donne par litre 2 *grammes de résidu solide*. Elle marque 72 centigrammes à l'hydrotimètre, c'est-à-dire 72 centigrammes de sel de chaux par litre, tandis que les eaux de l'Ourcq et d'Arcueil, qui sont incrustantes, ne donnent que 30° et 40°. Elle ne dissout pas le savon et cuit difficilement les légumes ;

5° La plupart des maisons de Beauvais, malgré les louables efforts de l'administration municipale, n'ont pas de fosses d'aisances étanches, beaucoup même n'en ont pas du tout. Il en résulte que le sous-sol de la ville et la nappe d'eau souterraine sont contaminés par des infiltrations délétères qui, comme l'expérience le prouve, peuvent, à un moment donné, faire courir à la santé publique les plus graves dangers ;

6° Si l'on considère, enfin, que la ville de Beauvais, par le développement rapide et incessant des voies nouvelles de communication, est destinée à voir doubler bientôt son importance industrielle, et que le temps n'est pas sans doute éloigné où sa population s'accroîtra dans des proportions considérables qui l'obligeront à satisfaire à de nouveaux besoins ;

On reste convaincu de la nécessité, de jour en jour plus impérieuse, de pourvoir Beauvais d'une bonne distribution d'eau et d'utiliser les sources abondantes, de bonne qualité, qui existent à proximité de la ville et qu'on peut y amener facilement et à peu de frais, comme le démontrent les études faites par l'administration dans les dernières années. »

M. BÉCLARD présente, de la part de M. le docteur Beni-Barde, un volume intitulé : *Traité d'hydrothérapie*.

M. J. Guérin, plusieurs brochures de M. Cazalas sur le choléra.

M. Delpech présente le tableau de la situation du choléra, du 28 octobre au 3 novembre inclusivement :

	Hôpitaux civils. Entrées.		Décès.	Hôp. mil. Décès.	Domicile Décès.	Totaux des décès.
28 octobre. .	0 (dont	0 intér.)	3	0	1	4
29 —	2	1	1	0	2	3
30 —	4	3	3	0	2	5
31 —	2	0	2	1	0	3
1er novembre.	0	1	1	0	1	2
2 —	0	0	1	1	1	3
3 —	2	0	0	0	0	0
Total. . . .	10	5	11	2	7	20

M. Colin répond en quelques mots à la dernière communication de M. le docteur Davaine. L'honorable professeur d'Alfort ne saurait admettre les critiques de son contradicteur, et il maintient toutes ses propositions antérieures.

M. le docteur Cornil lit une note sur l'état des canaux biliaires et des vaisseaux sanguins dans la cirrhose du foie.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra. — La parole devait être donnée à M. Jolly, mais cet honorable académicien, forcé d'y renoncer par l'état de sa gorge, la cède à M. Hervieux.

Partisan convaincu et radical de la doctrine de l'importation, M. le docteur Hervieux, dans la première partie de son discours, s'attache à répondre à cette assertion de M. J. Guérin tendant à confondre le choléra sporadide et le choléra épidémique. Il est vrai qu'avant 1832, on avait observé en Europe, comme on l'observe encore aujourd'hui, des affections intestinales fréquentes, surtout pendant la saison chaude, et offrant une certaine analogie avec le choléra asiatique.

Sydenham, en 1670, en avait déjà donné une description (que M. Hervieux relit sur le texte même), mais on ne trouve dans cette description précisément aucun des grands caractères du choléra qu'on pourrait appeler toxique : l'algidité, l'aphonie, les selles riziformes, la cadavérisation de la face. Ce n'est que depuis la première invasion en Europe, de 1817 à 1832, que l'on constate ces caractères aussi constants que funestes. Si, parfois, le choléra sporadique, le choléra spontané de nos climats, peut être confondu avec le choléra toxique, c'est que ce dernier a passé sur nous et a laissé des traces, à l'instar de toutes les invasions humaines qui, elles aussi, ont laissé des traces partout où elles ont eu lieu.

Dans la deuxième partie, M. Hervieux accumule tous les faits qui démontrent d'une manière évidente l'importation du choléra : Le choléra ne se propage qu'en suivant les voies de communication internationale; il se propage plus ou moins vite selon les modes de ces communications. Pour venir de Perse en Russie, il n'y a que deux routes, et c'est toujours par ces deux routes qu'est arrivé le choléra.

Traitant la question de la diarrhée prémonitoire, M. Hervieux met en relief ce double fait, à savoir : 1° que dans l'année 1871, malgré les sombres pronostics que M. J. Guérin avait déduits de la très-grande fréquence des troubles intestinaux et de la diarrhée, l'invasion du choléra, qu'il considérait comme imminente, n'eut pas lieu; et, 2° que le nombre des cas foudroyants, qui n'ont été précédés par aucun symptôme intestinal, est extrêmement considérable, et qu'il grossit tous les jours.

En conséquence, M. Hervieux est d'avis qu'il ne faut pas abandonner le système des quarantaines, malgré le préjudice qu'il peut porter aux intérêts du commerce. Aux balles de coton, on doit préférer la vie et la santé des hommes.

—

M. le Président déclare deux vacances nouvelles dans les sections de pathologie chirurgicale et de pathologie médicale, par suite du décès de MM. Huguier et Dubois (d'Amiens).

Deux autres vacances ont été déclarées depuis longtemps et attendent les rapports des commissions : l'une dans la section d'anatomie pathologique, par la mort de M. Louis, et l'autre dans la section de médecine vétérinaire, par la mort de M. Leblanc.

A la fin de la séance, M. Le Fort présente deux malades qu'il a opérés, le premier d'une extrophie de la vessie, et le second d'un pied-bot suite de convulsions dans la première enfance.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Pilules contre la gastralgie.

Extrait de jusquiame.	3 grammes.
Azotate d'argent cristallisé.	40 centigrammes.
Sous-nitrate de bismuth	2 grammes.

F. s. a. 40 pilules.

Une matin et soir dans la variété de gastralgie qui survient assez fréquemment dans le cours de la gastrite chronique. — Révulsifs à la région épigastrique, hydrothérapie. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 6 Novembre 1762.

Baux, chirurgien de Nîmes, écrit à Verdelhan, médecin de Paris, et lui fait part des inoculations qui ont eu lieu dans la première de ces villes. Depuis l'année 1757 jusqu'à 1762, on a pratiqué 51 inoculations sur des enfants; 2 seulement n'ont pas pris la petite vérole; tous les autres inoculés ont eu une très-belle variole, sans aucunes mauvaises suites. — A. Ch.

COURRIER

Bienfaiteurs de l'Association générale. — Les dons suivants viennent d'être faits à la Caisse des pensions viagères d'assistance :

MM.	les docteurs	Bidault (d'Évreux). . . .	100 francs.
—	—	Durand-Fardel.	100 —
—	—	Hérard.	200 —
—	—	Moreau (de Tours). . . .	500 —

Nécrologie. — La mort vient de terminer les longues souffrances d'un confrère honorable et distingué, M. le baron Pelletan de Kinkelin, fils adoptif de l'ancien professeur de physique à la Faculté de Paris. M. Pelletan, ex-chef de clinique à la Charité, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, auteur de mémoires estimés, était depuis longtemps retiré de la vie active et subissait avec courage les tortures de la goutte.

— M. le docteur Godart, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Pontoise, membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin du ministère des affaires étrangères, vient de mourir à Paris.

L'Académie de Bruxelles et la baleine de Jonas. — Un singulier incident survenu à l'Académie des sciences de Bruxelles occupe la presse politique belge. M. Van Beneden, après avoir fait remarquer, dans une lecture, que la tradition suivant laquelle le dauphin rapporte au rivage les corps humains qu'il rencontre est très-ancienne et très-répandue, avait rapproché de cette croyance « la *fable* de Jonas ». Assurément, dans une Société savante, un zoologiste peut se risquer à dire qu'un corps humain avalé par une baleine n'y est pas en bon état au bout de trois jours; mais le caractère de M. Van Beneden est assez connu pour qu'on puisse être assuré qu'il se fût abstenu des paroles citées plus haut, s'il eût pu penser qu'elles fussent de nature à scandaliser quelques collègues. En cela il s'est trompé. Deux professeurs de l'Université catholique de Louvain, MM. Henry et Gilbert, ont, dans une lettre violente au président de l'Académie, réclamé un blâme formel contre M. Van Beneden, pour atteinte portée à leur conscience catholique. Après des observations judicieuses et fermes de M. Quetelet, et sur la proposition de M. Selys Longchamps, l'ordre du jour a été adopté à l'unanimité moins une voix. Sur ce, MM. Henry et Gilbert, dans un élan magnanime, ont donné leur démission.

Il faut s'attendre à ce que, quelque jour, un protestant se retire de l'Académie pour ne pas entendre parler du pape, ou un juif pour ne pas laissé dire devant lui que le Christ est le Messie. Car il est à présumer que les juifs et les protestants ont aussi une « conscience ».

Les hommes velus de Russie. — Dans le dernier numéro nous avons donné, à propos de l'homme-chien et de son fils, des indications auxquelles nous devons joindre le résumé d'une communication de Virchow à la Société médicale de Berlin. Nous avons tout lieu de penser qu'il s'agit des mêmes individus qui ont excité la curiosité des Berlinois. Suivant la *Revue des sciences médicales* d'Hayem, tome II, n° 2, Virchow nous apprend l'origine de ces monstres; ce sont deux individus mâles : le père, qui a cinquante-cinq ans passés, et son fils, qui n'a que trois ans.

L'homme des bois, comme on appelle le premier (l'homme-chien de Paris), est fils d'un soldat russe de Kostroma, mais on ne sait rien de plus sur ses ancêtres; d'ailleurs, comme il est

né pendant que son père était au service militaire, il est possible qu'il soit d'une origine indéterminée. Le frère et la sœur de l'homme des bois ne présentent pas d'anomalies analogues. Celui-ci a été marié, et a eu deux enfants morts en bas âge, dont une petite fille qui aurait présenté les mêmes caractères extérieurs que son père; on ne sait rien de l'autre enfant. Quant à celui qui l'accompagne actuellement et qui lui ressemble sous tous les rapports, l'homme des bois prétend qu'il lui est étranger; nous respectons le mur de la vie privée, mais on dit, parmi ceux qui connaissent l'homme des bois, que l'enfant est illégitime. Ce malheureux individu étant en butte aux mauvais traitements des habitants de son village, s'est retiré dans une forêt où il habitait sous terre. Ces deux personnages présentent un développement du système pileux qui est limité au visage et aux régions voisines, mais le reste du tégument offre un développement exagéré des poils, surtout en certaines régions.

L'homme des bois décrit par Virchow présente une anomalie dentaire remarquable que l'on retrouve chez l'enfant. Virchow semble disposé à chercher la cause de cette anomalie dans une disposition particulière du nerf trijumeau ; nous pensons qu'il est difficile de se prononcer en pareille circonstance ; mais nous avons peine à comprendre comment le nerf trijumeau peut influencer le développement des poils sur les régions autres que la face ; les hommes-chiens nous rappellent les *édentés*, chez lesquels le système pileux est si développé et le système dentaire si rudimentaire, sans insister davantage sur la comparaison. (*Gazette hebdom.*)

— Une correspondance de Simla, adressée le 2 octobre au *Pall Mall Budget* sur les affaires des Indes, donne à cette Revue les renseignements suivants sur l'*agitation* qui vient d'avoir lieu récemment dans le but d'arriver à empêcher les Indiens de faire usage des drogues qui leur sont nuisibles.

Le sobre Hindou, dit la lettre, s'abstient de la bière et de toute liqueur spiritueuse, mais il n'ignore pas les agréables propriétés de l'opium et il fait un trop grand usage d'une préparation narcotique du chanvre. La *cannabis indica* est une plante séduisante. Les statistiques prouvent cependant que, au Bengale, il n'y a vraiment pas lieu à prohiber la vente des esprits, de l'opium ou autres articles du même genre soumis aux impôts indirects. Ce qui a été constaté, c'est que, dans les asiles d'aliénés de l'Inde, une grande proportion de ceux qui ont perdu la raison ne le doivent, en effet, qu'à l'abus qu'ils ont fait du haschich, appelé dans les Indes *chang* ou *ganjà*, ou toute autre préparation du chanvre. Le haschis n'est autre chose qu'un gâteau fait des fleurs et des feuilles de la plante mélangées.

Sur 827 aliénés placés dans les asiles du Bengale, en 1872, 276, c'est-à-dire un tiers, devaient leur insanité au haschich. Sur 428 aliénés non criminels admis pendant l'année, 172, ou plus d'un tiers, avaient perdu la raison par la même cause. En somme, on peut dire que, au Bengale, un tiers des cas d'insanité est dû à l'usage immodéré d'une seule substance. Les rapports des dix administrations locales ont été unanimes dans leur réponse à une circulaire de lord Mayo, pour dire qu'une législation spéciale n'était pas nécessaire. Ces rapports admettent bien, comme vrais, les statistiques de l'insanité ; mais ils ajoutent que le système des impôt indirects suffit pour lutter contre le mal. Depuis vingt ans, en effet, le gouvernement du Bengale a constamment accru l'impôt sur le haschich ; la consommation a été nécessairement diminuée. En 1854-1855, les rapports montrent que 14,025 quintaux ont été exportés ; ils ont rapporté, comme impôt, 40,226 liv. st. En 1870-1871, le système de l'impôt indirect a réduit la consommation à 8,440 quintaux, pendant que le revenu s'est élevé à 110,667 liv. st. La consommation de cette dangereuse substance a donc diminué de près de moitié pendant que le revenu a triplé.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le professeur G. Sée ouvrira le cours de clinique médicale à la Charité, lundi 10 novembre, à 9 heures précises. Les leçons seront continuées tous les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique médicale.* — M. le professeur Lasègue commencera ses leçons aujourd'hui jeudi, 6 novembre, et les continuera mardi, jeudi et samedi. Visite des malades à 8 heures 1/2.

Conférences et manipulations. — Dimanche, M. Nepveu : Histologie pathologique. Lundi, M. Bougarel : Chimie pathologique. Mercredi, M. Landrieux : Exploration clinique.

Cours public d'accouchements. — M. le docteur G. Chantreuil, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera ce cours, le samedi 15 novembre, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mardis et samedis, à la même heure.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

CHORÉE. — TROUBLES MENTAUX. — HALLUCINATIONS MULTIPLES. — GUÉRISON.

OBSERVATION. — Mlle B... (Nelly), âgée de 19 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires; elle n'a jamais eu ni convulsions ni rhumatisme articulaire. Mise en pension à l'âge de 8 à 9 ans, elle a toujours présenté un caractère difficile et bizarre. Rentrée dans la maison paternelle, il y a deux ans, elle ne tarda pas à se plaindre de fréquentes céphalalgies et, vers la fin du mois d'octobre 1871, on remarqua chez elle des troubles mentaux consistant en peurs, inquiétudes, et même des frayeurs qui se renouvelaient fréquemment, surtout le soir. Le caractère devint plus irritable. A ces symptômes vinrent s'ajouter des insomnies; la jeune fille se mit, comme automatiquement, à chanter nuit et jour et bientôt ne parla plus qu'en chantant. Le trouble moteur initial se présenta dans les doigts, faisant les mouvements d'une personne jouant du piano; de là le mal s'étendit aux muscles fléchisseurs du bras et enfin à ceux des membres inférieurs.

Nous vîmes la malade, pour la première fois, le 24 janvier 1873; mais avant de passer à l'exposition des résultats de notre observation, il faut rechercher les causes de cet état pathologique. Elles ne présentent dans ce cas rien de spécial et sont au nombre de deux : état anémique ancien et violent chagrin produit par la rupture d'un mariage.

État actuel : La chorée est généralisée; les mouvements anormaux se trouvent dans les bras (la malade fait, tantôt d'une main, tantôt de l'autre, le geste de chasser une mouche sur son nez), dans les jambes; ceux de la face sont moins prononcés. Les muscles de la déglutition sont aussi atteints, car il y a de fréquentes constrictions à la gorge. — La menstruation est régulière.

Quand on interroge la malade, elle répond juste, mais comme à contre-cœur, pleurant sans motif; prompte à se mettre en colère, elle se calme facilement et quelques instants après se met à rire aux éclats. Il est impossible de fixer son attention et avoir avec elle une conversation suivie; ses réponses, d'abord exactes, deviennent bientôt évasives, puis la malade s'occupe de choses complétement étrangères à ce qu'on lui demande.

24 janvier. Mlle B... ne dort pas; dès qu'elle est couchée, elle a peur, voit des lumières, entend des voix d'hommes. Pendant le jour, elle se plaint de constrictions à la gorge; elle sent une odeur de savon et de peinture.

26 janvier. La malade, qui a dormi la nuit précédente, a été inquiète cette nuit; elle a eu des rêves affreux, dit-elle, a vu un chat dans son oreiller; elle a eu des démangeaisons qu'elle attribue à la gale qu'on lui a donnée.

28 janvier. Toujours mêmes inquiétudes, crainte de la mort. La malade ne mange que quand

FEUILLETON

CAUSERIES

Je vais certainement commettre une grande imprudence; mais la galanterie l'exige. A la place de ma prose, dont vous êtes peut-être saturés, je vais vous présenter, heureux lecteurs de l'UNION MÉDICALE, quelques feuillets détachés d'un livre qui va bravement s'exposer au feu de la publicité, et qui a pour auteur une femme jeune et charmante, dont le nom se rattache d'ailleurs glorieusement à notre confrérie.

Ce livre aura pour titre : *L'aliénation mentale aux yeux des gens du monde.* Son aimable auteur est Mme Rivet, née Brierre de Boismont, directrice d'une maison de santé exclusivement consacrée aux pauvres dames ou demoiselles malades d'esprit, et à la guérison ou au soulagement desquelles elle consacre son intelligence et son cœur.

Dans les trop courtes pages que Mme Rivet a la bonté de nous offrir, elle a voulu décrire les impressions que son âme compatissante et sympathique éprouve au premier réveil de la raison chez ses infortunées pensionnaires. Elle parle à l'impersonnel, mais évidemment c'est d'elle qu'elle parle, et avec quelle sensibilité, quelle finesse de traits, quelle délicatesse de touche! Une femme seule peut écrire ainsi; les délicats vont en juger :

« Sans rappeler ici l'anathème constamment jeté sur les directeurs de maison de santé, je veux cependant initier le lecteur aux émotions qu'ils ressentent quand le réveil de la raison se manifeste chez leurs malades.

Dans certains cas, rien n'annonce que ce sommeil de l'âme va cesser, si bien que le direc-

on l'y force; elle dit qu'on veut l'empoisonner et qu'elle le sent bien dans ce qu'elle mange. Les personnes qui l'entourent se moquent d'elle; elle sent des piqûres d'épingle.

29 janvier. Encore une nuit d'insomnie. La malade se levait sans cesse, en proie à une vive agitation; elle voyait des lumières, entendait claquer les portes.

Les mouvements choréiques n'ont ni augmenté ni diminué.

2 février. Après plusieurs nuits calmes, nouvelle nuit d'insomnie; la malade se plaint qu'on a jeté du soufre dans son lit; elle a senti des odeurs de savon, de chandelle; elle a vu des araignées sur son édredon, entendu des voix d'hommes, senti des piqûres d'épingle.

6 février. Nuit calme. Toujours mêmes odeurs de soufre. La malade se plaint de douleurs partout.

7 février. Les douleurs ont cessé; les hallucinations n'ont pas diminué d'intensité.

A partir du 9 février, les symptômes hallucinatoires s'amendent progressivement. Sous l'influence d'un traitement par le fer et le vin de quinquina, l'état général s'améliore peu à peu, et en même temps on constate une diminution progressive des mouvements choréiques.

A la fin du mois de février, les hallucinations ont complétement disparu; le caractère même de la malade, autrefois si difficile, a changé; elle est devenue plus douce et plus prévenante. Les mouvements choréiques sont réduits à leur *minimum*; Mlle B... est capable de se livrer à des travaux d'aiguille, de jouer avec suite un morceau de piano.

Le 9 mars 1872, jour où nous perdons de vue la malade, nous pouvons la considérer comme guérie.

REMARQUES. — Cette observation, que j'ai abrégée dans quelques-unes de ses parties, pour développer surtout la description des symptômes cérébraux, me semble être unique dans la science. Marcé, dans son mémoire sur l'*état mental dans la chorée*, décrit avec une vingtaine d'observations à l'appui, les troubles de la sensibilité morale et ceux de l'intelligence, ainsi que les phénomènes hallucinatoires, qui jusqu'à lui n'avaient jamais été signalés dans la chorée. Pour ce qui regarde les hallucinations, « elles surviennent, dit-il, le soir, dans l'état intermédiaire à la « veille et au sommeil, plus rarement le matin au réveil, quelquefois pendant « le rêve; souvent limitées au sens de la vue, elles s'étendent dans des cas plus « rares à la sensibilité générale et même au sens de l'ouïe; on peut les rencontrer « dans la chorée pure, dégagée de toute complication, mais leur existence est « infiniment plus fréquente toutes les fois que la chorée est associée à des symptômes hystériques. »

Cette description ne comprend pas tous les symptômes présentés par la malade qui fait l'objet de notre observation. Mlle B..., en effet, n'a pas seulement présenté

---

teur, préparé à la réponse incohérente qu'il sait lui être faite chaque jour, se croit à son tour l'objet de l'hallucination si le son qui frappe son oreille ne détonne pas. Il écoute, ému, redoutant presque la phrase qui va suivre, et, si elle est, comme la première, frappée au coin de la raison, cet homme, que l'on accuse de sécheresse de cœur et de cupidité, est tout aussi heureux que les parents du malade, s'il ne l'est pas davantage.

Aussi, de combien de soins et de ménagements il entoure ce ressuscité de la folie! Pour qu'il admette les droits de la famille, il faut que la guérison obtenue soit définitive et certaine.

Quelquefois le manque de fortune va, par un retour prématuré dans la famille, compromettre la guérison. Quel est le directeur qui, dans un cas semblable, n'est pas insouciant de la question d'argent, et ne fait pas prolonger le séjour du convalescent, jusqu'au moment où il peut sans danger lancer ce frêle esquif sur la mer houleuse où il a déjà fait naufrage?

Ce phénomène ne se produit généralement que dans la forme triste apathique; c'est pourquoi il surprend l'aliéniste lui-même. C'est surtout dans les affections d'ancienne date qu'il peut se manifester. Est-il nécessaire d'ajouter qu'il est rare? L'état de torpeur et de mutisme dans lequel ces sortes d'aliénés sont tombés ne permettant pas au médecin de saisir l'instant où la raison va poindre, le travail se fait sans qu'il puisse le suivre. Ce n'est que lorsque la raison a ressaisi ses rênes, qu'elle parle en maître dans ce cerveau où elle était endormie, qu'on peut se réjouir de la résurrection morale du malade.

Il m'a été donné, comme à tous les directeurs de maison de santé, de n'observer, hélas! qu'un très-petit nombre de ces cas. Mais les malades, revenues à elles, m'avouaient avoir éprouvé, pendant les quelques jours précédant le réveil de la raison, la sensation que le chaos dans lequel elles vivaient se faisait moins sombre. Elles étaient inquiètes, me disaient-elles,

des hallucinations de la vue (araignée sur son édredon, chat dans son oreiller, lumières), de l'ouïe (voix d'hommes, portes qui se ferment) ou de la sensibilité générale (piqûres d'épingle, démangeaisons attribuées à la gale); mais encore des hallucinations de l'odorat (odeurs de soufre, de savon, de chandelle) et du goût (saveur d'aliments empoisonnés). On pourrait peut-être objecter que cette dernière série d'hallucinations est due à un état hystérique, en se fondant sur les constrictions à la gorge dont a souffert la malade. Mais ce symptôme, qui ne coexistait avec aucun autre phénomène morbide appartenant à la névrose hystérique, se présente quelquefois dans la chorée, rarement, il est vrai, et est accompagné alors d'efforts considérables pour mâcher et avaler les aliments.

Des observations ultérieures viendront peut-être s'ajouter à celle que nous publions aujourd'hui et démontreront que, dans la *manie choréique*, les hallucinations, loin d'être exclusivement limitées aux sens de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale, peuvent envahir encore les autres sens.

Ant. RITTI.

DÉONTOLOGIE EN MATIÈRE SCIENTIFIQUE.

Paris, le 7 novembre 1873.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* l'UNION MÉDICALE.

Mon cher rédacteur en chef,

Je regrette que la réponse de M. H. Blanc, insérée dans l'UNION MÉDICALE d'hier, m'oblige à rentrer dans la lice, au risque de fatiguer vos lecteurs.

Notre confrère anglais a vu dans ma lettre ce qu'il lui plaît d'appeler du *courroux*, lorsqu'il s'y trouvait tout au plus une pointe d'ironie, enveloppée des formes les plus euphémiques de la politesse et de l'urbanité.

Mais laissons la question de forme pour celle du fond, de beaucoup la plus essentielle.

Je fais remarquer que, dans ma Note lue à l'Académie des sciences, à propos du Mémoire de M. H. Blanc sur le choléra (voir l'UNION MÉDICALE du 20 septembre dernier), j'ai cité des faits et des dates authentiques, tandis qu'il me renvoie, lui, de simples assertions, dénuées de toute preuve sous ce double rapport.

S'il est vrai, comme le prétend mon contradicteur, que le docteur Snow (de Londres) m'ait devancé dans la publication du fait de la transmission du choléra par les déjections cholériques, on n'a qu'à en fournir la preuve, et j'abandonne au docteur Snow une priorité dont je me croyais en légitime possession. Si je me trompe à cet égard, c'est en bonne compa-

---

mais par l'attente. Qu'allait-il se passer? elles l'ignoraient. Cependant, sans savoir pourquoi, elles se sentaient moins désespérées.

Chez les aliénés exaltés, furieux, l'amélioration procédant par voie de progression, il est facile de prévoir l'époque où la raison reparaîtra. Si ces sortes de malades ne nous réservent pas les joies de la surprise, en échange la sollicitude dont il faut les entourer pour ménager leur raison chancelante exclut toute indifférence de la part du directeur. D'ailleurs, cette amélioration est un peu son ouvrage, et tout artiste, on le sait, est amoureux de son œuvre. Quel est celui d'entre nous qui, enfant, n'a pas apporté sa coopération à la nature pour débarrasser l'insecte ou la fleur de son enveloppe? Eh bien, en assistant plus tard à la lutte de la raison contre la folie, j'ai souvent songé à ces tentives enfantines. Les hommes sont, dit-on, de grands enfants; mais les enfants ne sont-ils pas de petits hommes? N'en ont-ils pas toutes les curiosités, tous les instincts et presque toutes les passions?

Si les guérisons radicales viennent trop rarement couronner nos efforts, en revanche, sous l'action d'une volonté puissante, par une influence que nous apprenons à exercer, nous obtenons parfois des éclairs de raison chez l'aliéné dont l'état mental laisse le moins d'espérance. Malheureusement, nous sommes appelés à être seuls éclairés de ces lueurs fugitives, car l'expérience nous sert mieux, dans ces tentatives, que ne saurait le faire l'affection de la famille.

Par une sorte de galvanisme, on peut faire renaître chez un aliéné, pour un instant, pour une heure, quelquefois pendant une soirée tout entière, toute la raison perdue. On ne saurait avoir une idée de l'émotion qu'on éprouve à faire momentanément revivre une chose morte, et la tristesse profonde que l'on ressent ensuite à la voir presque aussitôt rentrer dans le néant.

J'ai, par suite de mon long séjour au milieu des aliénés, une grande habitude de leur com-

gnie, car voici ce que chacun peut lire dans l'ouvrage de M. A. Fauvel sur le choléra, pages 33 et 34 :

« On peut considérer comme un point considérable dans l'histoire étiologique du choléra « la démonstration de ce fait que les déjections des cholériques sont le premier réceptacle du « germe de la maladie. L'honneur de cette découverte revient à M. le docteur Pellarin. On « conçoit dès lors sans peine comment les linges, les hardes, tous les objets qui environnent « les cholériques; comment les lieux d'aisances, les égouts, les eaux, le sol poreux d'une « localité peuvent devenir des réceptacles secondaires, d'où le principe morbifique se déga- « gera plus ou moins activement, selon les circonstances, si rien ne vient l'y détruire. De là « des indications pour la prophylaxie. » (LE CHOLÉRA. *Étiologie et prophylaxie. Exposé des travaux de la Conférence sanitaire internationale de Constantinople*, par A. FAUVEL, délégué du Gouvernement français. Paris, 1868.)

Plus loin, page 220 du même ouvrage, l'auteur dit encore :

« Bien que la Conférence n'ait pas à se livrer à des théories, la doctrine de M. Pettenkofer « est tellement accréditée, elle se lie à des faits si importants pour la prophylaxie, qu'il ne « nous est pas permis de la laisser de côté. Elle repose sur cette proposition, généralement « admise, que les déjections des cholériques renferment, à un état quelconque, le principe « propagateur de la maladie. Cette proposition, déjà formulée en 1849 par le docteur Pel- « larin, qui insista même alors sur la nécessité de désinfecter les déjections des cholériques « par le sulfate de fer, fut corroborée par les observations de Budd, publiées en 1854, et par « celles de Snow. »

En présence de ces textes, permis à M. H. Blanc de railler le *tas de fumier de Givet*, du haut de la prodigieuse idée qu'il revendique pour sienne et qui, de son aveu, est toute sa part dans l'étude de la question du choléra, à savoir « que la contagion se fait par les *voies digestives*. »

Déjà, mon cher Monsieur Latour, un membre de la Société médicale des hôpitaux, professeur au Val-de-Grâce, M. le docteur Léon Colin, a fait voir dans votre journal même, le peu de vraisemblance d'une intoxication cholérique par cette voie. Et telle est cependant toute cette doctrine de M. H. Blanc, avec laquelle il a fait tant de bruit au Congrès scientifique de Lyon et dans notre bonne presse française : doctrine qui a pour seule conséquence pratique — qu'on doit se garder de boire de l'eau des localités où règne le choléra; qu'il faut, quand il y a, par exemple, une épidémie cholérique à Paris ou à Vienne, s'abstenir des eaux de la Seine ou du Danube, et ne faire usage, dans l'alimentation, que d'eaux apportées d'une localité non cholérisée, suivant le prudent exemple de M. Blanc qui, pendant son séjour dans l'Inde « faisait faire, dit-il, son thé, son café, sa soupe, avec de l'eau qu'il faisait venir d'une ville où le choléra ne sévissait pas. » (1)

(1) *Des moyens de prévenir et de traiter le choléra*, par M. le docteur H. Blanc, p. 33.

---

merce. Eh bien, je déclare que jamais je n'ai pu dominer le sentiment qui m'envahit quand, possédant bien le caractère d'une malade, ayant saisi toutes les petites faiblesses de la femme ou certains côtés moins vulgaires de sa nature, les cordes que j'attaque viennent à rendre des sons. Quelquefois le phénomène se produit à propos de la musique que la malade a possédée, dont tout souvenir semble éteint. Une pression douce, mais ferme, peut faire revivre sous les doigts de la malade les airs depuis longtemps oubliés. Son jeu se rapproche de celui de l'automate, quoique moins mécanique, mais appartient beaucoup plus au rêve qu'à la vie réelle. Ce n'est pas sans émotion qu'un directeur de maison de santé l'écoutera, car c'est en quelque sorte à son évocation que l'être d'autrefois a répondu. Qu'il s'éloigne, et l'aliéné répète vaguement les airs, et bientôt les sons s'éteignent et avec eux l'étincelle qui semblait avoir lui.

C'est affaissement presque subit d'une faculté pour un moment rappelée, n'est pas sans provoquer chez le philosophe un juste retour sur lui-même. Cette puissance, en quelque sorte créatrice, qu'il a exercée un instant, exaltait son orgueil. La rapidité avec laquelle s'évanouit le résultat obtenu lui fait comprendre qu'il n'a eu qu'un effet purement galvanique, et que tout ce qui dépasse l'intelligence de la science et la volonté humaine est du domaine de Dieu

Maria RIVET, née BRIERRE DE BOISMONT.

Après ces lignes exquises, je n'ose plus rien vous dire, et je m'empresse de m'échapper par une autre tangente.

J'ai lu dans la *Liberté* un petit article qui m'a beaucoup plu, et qui vous plaira peut-être tout autant, à l'occasion de la mort récente d'un confrère, médecin anglais, dont la vie très-accidentée ferait le sujet d'intéressants mémoires :

Un passage de la lettre de M. Blanc tout à fait curieux, c'est celui où il paraît se faire un mérite « de ne réclamer aucune priorité au sujet du rôle des évacuations alvines des cholériques comme agent de transmission du choléra. » (On se demande sur quoi il pourrait bien fonder une pareille réclamation). Et là-dessus M. H. Blanc se targue, on ne sait à quel propos, d'avoir « un but plus élevé, des vues moins égoïstes. »

Enfin, après avoir déclaré qu'il n'a point eu connaissance de mon travaill, et que ce travail, en tout cas, n'aurait pu lui être utile, M. H. Blanc ajoute : « La science marche, et ce qui pouvait paraître à M. Pellarin une découverte importante en 1849, devient de peu de valeur en 1873. »

Et la preuve de la justesse d'une telle appréciation, c'est qu'on pratique aujourd'hui partout, et dans les hôpitaux de Paris notamment, la désinfection que je conseillais en 1849, alors que rien de semblable ne se faisait nulle part.

Dans son besoin de revanche à mon égard, M. H. Blanc se montre en vérité d'une maladresse qui lui mérite mon indulgence.

J'abandonne avec confiance à l'avenir le soin d'assigner la valeur respective de nos deux apports dans la question de la prophylaxie du choléra.

Veuillez excuser, mon cher rédacteur en chef, l'étendue nécessaire de cette réplique qui sera, de ma part, la dernière, et recevez, avec mes remerciements, la nouvelle assurance de mes sentiments dévoués.

Ch. PELLARIN.

Paris, 3 novembre 1873.

Monsieur le rédacteur en chef,

M. le docteur Blanc termine la série d'articles qu'il vient de publier dans l'UNION MÉDICALE, sur le choléra et le chloralum, par une statistique qui justifie, dit-il, son opinion que le chloralum est l'antidote du choléra. Sur 8 cas de choléra traités par le chloralum, il a eu 4 guérisons, c'est-à-dire la moitié, ce qui serait, en effet, très-beau, vu la gravité du mal, si sa statistique était exacte.

Malheureusement, elle ne l'est pas.

M. Blanc cite, en effet, parmi ces 8 cas, 6 observations prises à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Beaumetz, et compte à son actif 2 guérisons qui ne doivent certainement pas être attribuées au chloralum.

Ainsi, l'infirmière guérie, dit-il, de diarrhée cholérique par des lavements et une potion au chloralum, n'a *jamais* pris une seule goutte du médicament en question.

Quant aux 5 autres cas, ils ne sont guère en faveur de l'antidote proposé ; car, sur 5 cas, nous avons eu 4 morts. La cinquième malade a guéri, il est vrai, mais n'a pris que peu ou point de la potion de M. Blanc, ce qu'elle nous faisait remarquer avec une certaine satisfaction quand elle voyait ses voisines, traitées par le chloralum, succomber rapidement les unes après les autres.

« Londres, 2 novembre.

« Sir Henry Holland vient de mourir. Médecin célèbre, voyageur, homme du monde et homme d'esprit, il a été successivement l'ami de Mme Staël, de l'empereur Alexandre, de Canning, de M. Guizot, de Humboldt et de Napoléon III.

« Il avait soigné l'empereur dans une maladie, à Londres, lors de son premier séjour en ce pays, en 1831. Il a raconté cette circonstance dans ses mémoires autobiographiques, qui seront une mine d'informations précieuses pour l'histoire de ce temps. Ses relations avec son illustre malade ne cessèrent jamais, et il mit un empressement délicat à les renouer lorqu'un second exil ramena en Angleterre le fils de la reine-Hortense.

« Je vois encore sir Henry Holland conduisant le prince impérial aux séances scientifiques du fameux professeur Tyndall, dans le grand amphithéâtre de *Royal Institution*, et partageant avec le fils de l'empereur une chaude ovation. Je vois encore ce visage sympathique et fin, dont les années (il avait plus de quatre-vingts ans !) n'avaient pas détruit le charme ni la noblesse.

« Peu après, sir Henry Holland publiait ses souvenirs. En les lisant, on ne peut s'empêcher de penser que jamais homme n'a consacré cet espace si court de la vie humaine à la satisfaction de plus pures et de plus glorieuses curiosités. Il a connu tous les coins de ce globe, il a écouté tous les grands esprits du siècle, il a rempli, tant qu'il a vécu, son imagination et sa mémoire de tout ce qu'il y a de beau et d'excellent parmi nous. Il a réalisé ainsi ce type de l'heureux et du sage, divinement tracé par le Grec Ménandre, ce qui n'est autre que le dilettante moderne porté à sa plus haute et plus noble expression.

« Songeant combien il est difficile de rien fonder ici bas qui soit sérieusement utile, de rien laisser qui soit longtemps durable, j'incline à croire que sir Henry Holland, ce promeneur exquis, avait choisi la meilleure part.

En retranchant ces deux guérisons, qu'on ne peut, en conscience, rapporter au chloralum, la statistique de M. Blanc se trouve réduite à ceci : 6 cas de choléra traités par le chloralum, 4 morts. Il nous paraît difficile, en présence d'un pareil résultat, d'admettre que le chloralum est l'antidote du choléra, le « contre-poison si longtemps cherché. »

Je vous serai très-obligé, Monsieur, de vouloir bien insérer cette rectification dans votre estimable journal.

Malgré les expressions bienveillantes dont s'est servi M. Blanc à mon égard, je ne puis laisser passer sans protester une publication qui présente au monde médical, comme excellent contre le choléra, un médicament dont l'efficacité n'est nullement démontrée, et qui jusqu'à présent ne nous a donné aucun résultat.

J'ai l'honneur de vous saluer.

A. PAULIER,
Interne des hôpitaux (hôpital Beaujon).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Vendredi, 31 octobre dernier, à une heure vingt minutes, une secousse de tremblement de terre s'est fait sentir à Nancy. Toutes les sonnettes de la ville ont été violemment agitées. Dans une saline, située à 12 kilomètres de Nancy, les galeries d'exploitation ont fléchi, et les bâtiments qui les surmontaient se sont effondrés. Il y a eu 17 blessés et 2 morts. M. le Secrétaire perpétuel complétera, dans les comptes rendus, les renseignements relatifs à ce sinistre, qu'il ne connaît que par un télégramme reçu le 1er novembre.

M. Decharmes, professeur de physique à Angers, envoie l'exposé d'une expérience que M. Dumas répète devant l'Académie. Si l'on plonge la petite extrémité d'une flèche en papier brouillard dans une solution de sulfure de carbone, le liquide monte à une certaine hauteur de la cavité centrale en vertu de la capillarité, et y produit un abaissement de température de 15 à 16° au-dessous de zéro. Puis il se forme un hydrate de carbone qui se dépose, sous forme de stalactites, sur les parois extérieures de la flèche. Si la solution de sulfure est assez abondante pour que le phénomène continue, le dépôt solide va en augmentant sans cesse, et cette végétation minérale est, en quelque sorte, indéfinie. Tout cela ne demande que quelques minutes, et les choses se passent comme les annonce M. le Secrétaire perpétuel, dans le temps même

---

« C'est le procès Bazaine qui l'a tué. Il avait voulu assister encore à ce grand drame, et on le citait, il y a huit jours, parmi les spectateurs étrangers de distinction. Il a pris froid en regagnant la capitale du brouillard, et cette carrière s'est subitement terminée. Trianon a été le dernier spectacle de cet homme qui a tant et si bien vu, et dont la vie tout entière n'a été qu'une succession de *premières!* »

Et maintenant je vous dirai, mes chers confrères parisiens, que vous devez, comme moi, avoir senti le rouge vous monter au front en lisant ces jours-ci une circulaire autographiée qui vous a été adressée par un dentiste, et dans laquelle il vous offre « une participation de 20 pour 100 sur le prix brut du travail fait par votre intermédiaire. » Ce monsieur assure que plusieurs confrères se livrent à ce trafic aussi légitime, dit-il, que celui des pharmaciens faisant la remise aux médecins sur le prix des médicaments prescrits. Je crois être votre fidèle interprète à tous en protestant avec indignation contre ces offres et contre ces allégations. Ce dentiste ment comme un arracheur de dents, et, comme le disait feu Toirac dans une de ses chansons, il veut :

Arracher des dents
En nous mettant dedans.

Mais où s'arrêtera l'audace de l'annonce? Avez-vous lu celle-ci, dans un des journaux les plus répandus du monde?

LE docteur CARLO CIOCCARI, directeur du Comité de bienfaisance suisse, auteur de la bibliothèque hygiène *Il conservatore della Salute*, de *Sulla Bonta dell' Amore*, en cours de publication, et d'autres œuvres sanitaires, donne des consultations médicales et sanitaires sur la préservation de la santé et la félicité des familles, et sur la manière de combattre les maladies chroniques ou acquises.

Naples; strada Monte di DIO, à Pizzafalcone, n° 74, 1° piano.

Références, MM. Forcladès et Ce, à Lisbonne.

Cette annonce fantastique d'un médecin directeur en Suisse, donnant ses consultations à Naples et indiquant ses références à Lisbonne, me rend rêveur. Quel est donc ce mystère?

Dr SIMPLICE.

qu'il met à les énoncer. M. Dumas pense que ce phénomène peut rendre compte de certaines formations géologiques, comme, par exemple, de celle des agates ; et M. Chevreul est du même avis.

M. Robin, au nom de MM. Legros et Magitot, dépose sur le bureau un mémoire relatif à l'origine et à la formation des follicules dentaires.

M. Cl. Bernard, au nom de M. Ranvier, communique une note sur les muscles rouges du lapin. Certains muscles, plus rouges que les autres, tels que le demi-tendineux, doivent cette coloration, qui résiste à tous les lavages, à ce qu'ils renferment un plus grand nombre de noyaux.

Il résulte de recherches relatives à l'action des substances dites antiseptiques sur le virus charbonneux, présentées à l'Académie par M. Bouley, au nom de M. le docteur Davaine, qu'on peut ranger dans l'ordre suivant les divers antiseptiques, en commençant par les moins puissants : ammoniaque, silicate de soude, vinaigre ordinaire et acide phénique; puis, à une bien plus haute puissance : la potasse caustique, le chlorure d'oxyde de sodium, l'acide chlorhydrique, le permanganate de potasse, l'acide chromique, l'acide sulfurique, l'iode. La puissance de l'acide phénique étant représentée par un deux-centième, celle de l'iode le serait par un douze-millième, c'est-à-dire que celle-ci serait soixante fois plus considérable que celle-là.

En résumé, les expériences exposées par M. le docteur Davaine dans une communication précédente et dans celle que nous venons de concentrer, donnent des indications éminemment utiles pour la pratique. L'action de la chaleur sur le virus montre que l'on peut impunément faire usage, pour l'alimentation, de viandes charbonneuses cuites. L'iode doit être considéré comme le meilleur antiseptique que l'on puisse employer dans les maladies charbonneuses, lorsque, n'étant plus localisées sous forme d'une simple pustule, elles ont pris une certaine extension. Des injections d'eau iodée au six-millième sont parfaitement tolérées par les tissus; et peut-être dans l'œdème charbonneux, qui est constamment mortel pour l'homme, et dans les tumeurs de même nature chez les animaux, ces injections donneront-elles d'heureux résultats. Enfin, comme désinfectant des peaux, des débris et du sang des animaux charbonneux, l'acide sulfurique, dont on se sert déjà dans l'agriculture et dont le prix est modique, sera certainement le plus précieux de tous.

A partir de dimanche prochain, 9 novembre, M. J. Vinot fera tous les dimanches, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, à dix heures et demie du matin, un cours public et gratuit d'astronomie populaire.

Dans une note accompagnant la présentation du dernier volume du *Prodromus systematis naturalis regni vegetabilis*, par M. Alphonse de Candolle, nous lisons que : « Le nombre des villes dans lesquelles ont peut écrire, sans trop de retards, une monographie botanique est bien plus limité qu'on ne le pense. Il n'y en a peut-être pas plus de huit ou dix dans le monde. » Il nous reste beaucoup à faire, décidément. — M. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 octobre 1873. — Présidence de M. Bernutz.

SOMMAIRE. — Procès-verbal. — Communication de M. Desnos sur la *contagion du choléra*. — Correspondance imprimée et manuscrite. Lettre de M. Ch. Pellarin sur la *contagion du choléra*. — Présentation de deux malades atteints d'*ulcération tuberculeuse de la langue*, par M. Isambert. — Cinquième note de M. Ernest Besnier sur l'*état actuel de l'épidémie cholérique*. — Lettres de MM. Traube et Heinrich Auspitz, adressées à M. Fournier sur les *hôpitaux spéciaux des cholériques en Allemagne*. Discussion : MM. Isambert, Bergeron, Fournier, Brouardel. — Note sur la *diarrhée prémonitoire du choléra*, par M. Damaschino. — Mémoire sur les *injections intra-veineuses dans le choléra*, par M. Dujardin-Beaumetz. Discussion : MM. Moutard-Martin, Chauffard, Champouillon, Beaumetz, Colin, Blachez.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Desnos fait la communication suivante :

M. Desnos : J'avais demandé la parole dans notre dernière réunion; mais l'heure avancée a obligé M. le président à clore la séance.

Je désirais appuyer l'opinion de MM. Bergeron et Chauffard, qui soutenaient que le médecin d'un service de cholériques ne doit pas être considéré comme un agent de contagion. Entre autres preuves en faveur de leur opinion, ils faisaient valoir ce fait qu'il ne saurait être prouvé que jamais un médecin ait communiqué le choléra aux malades confiés à ses soins. Cet argument a une grande valeur. Mais il me semble qu'on pourrait lui en ajouter un autre qui me paraît avoir également de l'importance. En effet, comment le médecin deviendrait-il un agent de transmission ? Par ses vêtements, qui pourraient s'imprégner du principe cholérigène. D'abord, je ferai remarquer que le médecin change en partie de vêtements avant d'entrer

dans ses salles et au moment où il en sort. Mais je suppose, pour un moment, que cette précaution n'a pas été prise. Il est aujourd'hui démontré, par des travaux basés sur des observations recueillies dans des épidémies antérieures, que les réceptacles du contage, que les objets *susceptibles*, comme on dit en terme de police sanitaire, ne sont dangereux qu'autant qu'ils restent dans un milieu confiné. Ils perdent, au contraire, rapidement leurs propriétés nocives, du moment qu'ils sont exposés à l'air. L'exposition à l'air libre détruit dans un temps très-court le germe cholérique. Or, le médecin, du moment qu'il quitte ses salles, se trouve dans ces conditions d'aération. Donc, il ne peut être une source de danger.

La correspondance imprimée comprend :

La *Gazette médicale de l'Algérie*, n° 9. — La *Tribune médicale*, n° 268. — Le *Lyon médical*, n° 10. — Le *Mouvement médical*, n° 40. — Le *Bulletin de la Société d'anthropologie*, février à avril 1873. — La *Gazette médicale de Bordeaux*, n° 19.

Les *Mémoires* de la Société de médecine de Nancy. Compte rendu par M. le docteur VALENTIN, secrétaire.

Un mémoire de M. BOINET sur la *Gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus*, etc.

Deux brochures de M. ROCHARD, intitulées : *Projet de création d'un hôpital sur l'eau*, et *Projet de création d'une ambulance sur la Seine*. Cet envoi est accompagné de la lettre suivante :

« Au moment où le choléra vient de faire son apparition à Paris, et où la Société médicale des hôpitaux s'occupe de la question des hôpitaux spéciaux de cholériques, je crois devoir attirer son attention sur des vues dont l'application pourrait avoir son utilité dans le cas où l'épidémie prendrait des proportions menaçantes. Le système des hôpitaux baraqués sur l'eau permettrait d'obtenir l'isolement le plus complet et la salubrité la plus désirable, en vertu de la pureté exceptionnelle de l'aération. On pourrait, avec promptitude et économie, multiplier les baraquements sur des points choisis de la Seine et de la Marne. Si, d'après le rapport du docteur Henry Blanc, les tentes au voisinage d'un courant d'eau ont eu l'effet qu'on leur attribue, à plus forte raison aurait-on avec nos baraquements des chances supérieures. Ajoutons qu'il serait facile : 1° d'enlever la moindre parcelle de matière des déjections que l'on verserait dans un bassin en fer, clos et submergé ; 2° d'entretenir une propreté constante dans les lieux d'aisances ; 3° d'immerger à l'instant les linges sales provenant des lits cholériques, et ceci, sans préjudice des moyens désinfectants. »

Un mémoire de M. LEGROUX, intitulé : *De l'expectoration dite albumineuse après la thoracentèse*. En le présentant, M. le Secrétaire général en donne l'analyse suivante :

Dans la première partie, M. Legroux a exposé les caractères de l'expectoration albumineuse et les conditions dans lesquelles elle se produit.

Il rapporte un cas fort intéressant qu'il lui a été donné d'observer dans le service de son maître, M. Lasègue.

Dans la seconde partie, profitant de vos discussions, il étudie la pathogénie de ce singulier phénomène. Admettant, comme la majorité de la Société, que la congestion séro-sanguine est la cause unique de l'expectoration albumineuse, il a cherché à préciser le pourquoi de cette congestion et les raisons qui la font quelquefois redoutable.

Selon lui : 1° « La toux qui suit la thoracentèse ne tient pas à une irritation produite par l'air sur le poumon ;

2° La congestion qui suit la ponction est due à la gêne qu'éprouve dans le poumon la circulation en retour, les capillaires et les veines ayant été longtemps comprimés par l'épanchement et ayant diminué de calibre.

C'est vers l'étude des altérations vasculaires consécutives à la compression des poumons par les épanchements que l'attention devra se porter dans les autopsies ultérieures. »

Enfin, M. Legroux ne croit pas qu'on doive invoquer une paralysie ou une contraction active des vaisseaux dépendant d'un trouble nerveux, pour expliquer la congestion dont il s'agit.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Ch. PELLARIN ainsi conçue :

« J'ignore si un étranger est admissible à intervenir par une communication écrite dans les discussions engagées au sein de la Société médicale des hôpitaux.

S'il en était ainsi, je vous prierais de vouloir bien lui soumettre les considérations suivantes au sujet des conditions exigées pour que la séparation des cholériques soit réellement, sinon absolument efficace.

Ces conditions, à mon avis, n'ont pas besoin d'être aussi rigoureuses qu'on se le figure communément. Et voici sur quoi se fonde mon opinion :

La sphère du miasme cholérique ne s'étend pas très-loin du point où se trouvent les ma-

tières ou les objets qui le contiennent. C'est du moins ce qui semble résulter de bon nombre d'observations faites en différents pays.

Pendant la guerre que la Hongrie soutint contre l'Autriche en 1848-49, il avait été remarqué ceci :

Lorsqu'une armée allait camper sur un terrain que venait de quitter une autre armée envahie par le choléra, elle en était elle-même atteinte ; si on prenait la précaution d'aller camper à une très-petite distance, ne fût-ce qu'à un *quart de lieu*, par exemple, de l'endroit où il avait séjourné des cholériques, on se trouvait épargné par l'épidémie.

Dans un mémoire sur le choléra dans la ville et dans le port de Brest en 1849, présenté à l'Académie des sciences dans sa séance du 15 avril 1850, et publié partiellement dans la *Gazette médicale de Paris* du 4 mai de la même année, p. 347, j'ai consigné diverses circonstances qui montrent sensiblement à quel point est restreinte la portée du miasme cholérique.

Au-dessus des salles 2 et 3 du bagne dans lesquelles se déclarèrent le plus grand nombre des cas épidémiques, se trouvait la salle des condamnés invalides, au nombre de 189. Or, ces derniers n'eurent en tout que trois cholériques. 28 autres, qui étaient dans des cellules très-rapprochées aussi du foyer de l'épidémie, ne comptèrent pas un seul cas, tandis que les condamnés des salles inférieures (2,445 individus) fournissaient 165 cas et 113 décès. Soit pour ceux-ci, 1 sur 14,8, et pour les infirmes et encellulés, 1 sur 72,5.

Dans les deux épidémies de choléra antérieures, de 1832 et 1834, l'immunité des invalides avait été plus complète encore : ils avaient eu un seul cas dans la première, et pas un dans la seconde.

Or, cette partie de la population du bagne n'était séparée des autres forçats que par la hauteur d'un étage.

Les faits qui se passèrent à l'hôpital du bagne ne furent pas moins significatifs.

Les cholériques y étaient placés dans la salle des fiévreux et séparés de ceux-ci par un intervalle de quelques lits seulement ; il n'en fallut pas davantage pour atténuer sensiblement la transmission. Les infirmiers qui étaient, eux, en rapport immédiat avec les cholériques, avaient déjà cinq des leurs atteints qu'aucun fiévreux ne l'avait encore été. Ces derniers ne tardèrent pas toutefois à payer tribut au dangereux voisinage qu'ils avaient à subir.

La salle des blessés n'était séparée de celle des fiévreux que par un couloir de quatre mètres. Il n'en fallut pas plus pour que les premiers fussent complétement garantis. Ils ne comptèrent pas un cholérique.

Pourquoi, dans les diverses épidémies, n'a-t-on pas observé la même préservation des blessés dans les hôpitaux de Paris? C'est qu'ici, à l'égard de personnes libres, on ne pouvait prendre les précautions rigoureuses usitées envers les forçats qui, bien que malades, sont tenus à la chaîne et surveillés nuit et jour, de manière à rendre absolument impossible toute communication entre les deux services de médecine et de chirurgie.

Si ces considérations vous semblent propres à faire voir que la séparation des cholériques, pour être exécutée *raisonnablement*, n'entraîne pas d'énormes difficultés d'application, je vous serai obligé de les soumettre à la Société de nos savants confrères et maîtres, les médecins des hôpitaux. »

—

M. Isambert présente deux malades atteints d'ulcérations profondes de la langue, qui rappellent le malade présenté l'an dernier par M. Féréol, comme exemple d'ulcération tuberculeuse.

Le premier des malades d'aujourd'hui est manifestement tuberculeux : caverne à un sommet pulmonaire, craquements humides dans l'autre ; testicule tuberculeux, otite chronique, etc. La langue présente deux ulcérations : l'une, sur le côté gauche de l'organe, est déchiquetée, profondément excavée, d'un gris blafard, sans induration périphérique : la perte de substance semble se faire par une sorte de mortification moléculaire ; l'autre ulcération siége sous la langue, près du frein. Elle est d'un aspect analogue. Toutes deux rappellent complétement les ulcérations du malade de M. Féréol. Celui-ci n'a pas d'antécédents syphilitiques.

Le second malade n'est pas identique : d'abord, il ne présente aucun signe de tubercule pulmonaire : il est emphysémateux, et si quelque production tuberculeuse était masquée par cette disposition du poumon, elle serait certainement peu avancée. Pas d'antécédents syphilitiques ; une blennorrhagie il y a longtemps. L'ulcération de la langue siége à la partie postérieure, à droite. A la différence du malade précédent, les bords sont indurés, un peu rabattus en dehors, et d'un rouge plus vif. Le fond de l'ulcère est assez semblable à celui de l'autre malade. S'agit-il ici encore d'un ulcère tuberculeux, ou d'un ulcère syphilitique, ou d'un cancroïde? M. Isambert serait heureux d'avoir, à cet égard, le diagnostic de ses collègues. Quelle

que soit leur conclusion, il sera intéressant de comparer un ulcère, dont la nature tuberculeuse ne peut être douteuse, avec un second ulcère qui ne serait pas de même nature, et qui présente, avec le premier, à la fois des analogies et des différences de forme.

Le deuxième malade est examiné par plusieurs membres de la Société, médecins de l'hôpital Saint-Louis et de Lourcine. La conclusion est qu'il faut écarter la tuberculose et la syphilis, et qu'il s'agit ici d'un cancroïde.

M. E. Besnier lit une V^e^ note sur l'état actuel de l'épidémie cholérique. (Voir l'Union Médicale du 14 octobre 1873.)

M. Fournier : Lorsque la discussion sur l'isolement des cholériques a commencé, j'ai exprimé le désir que notre représentant au Conseil des hôpitaux priât l'Administration de s'informer auprès des administrations hospitalières des grandes villes de l'Allemagne des résultats que l'on avait obtenus par la création des hôpitaux spéciaux de cholériques. J'ai écrit, de mon côté, pour avoir des renseignements. Voici ceux qui me sont parvenus :

1° Une lettre du docteur Traube, qui ne contient qu'une simple affirmation.

« L'institution des hôpitaux particuliers pour les cholériques, dit Traube, est en usage depuis longtemps à Berlin. Je ne saurais vous renseigner sur l'utilité de cette institution; car il n'existe pas, à ma connaissance, d'observations dans lesquelles soient établis comparativement les résultats du traitement dans ces hôpitaux et dans les autres hôpitaux. »

2° Une lettre du docteur Heinrich Auspitz (de Vienne), dans laquelle on lit :

« Il existe actuellement, à Vienne, trois hôpitaux spéciaux pour les cholériques. Nous pensons que, dans quelques semaines, ils pourront être fermés. Au début de l'épidémie, j'ai été chargé de la direction du plus grand de ces hôpitaux. Je puis vous affirmer que l'agglomération des cholériques dans des bâtiments séparés et spéciaux ne semble avoir eu aucun inconvénient. Il est évident que ces bâtiments doivent être convenablement installés, pourvus d'une ventilation suffisante, d'eau pure, fraîche, *venant d'une source*. Il faut également que l'on dispose d'une place suffisante pour séparer les cas graves des légers et tous deux des convalescents.

« D'autre part, nous avons eu les éléments suivants de comparaison : Le Grand-Hôpital général n'avait qu'une seule salle pour les cholériques; celle-ci se trouvait au milieu des autres salles de la maison. Par principe, on ne recevait dans cet hôpital aucun cholérique venu du dehors. Néanmoins, plusieurs infirmières de salles éloignées et bien isolées de celle-ci furent subitement atteintes du choléra (huit à douze, je crois), et le plus grand nombre mourut. Mais, chose singulière, l'épidémie n'envahit pas les salles de malades et l'Hôpital-Général ne fournit que très-peu de cholériques.

« L'épidémie semble actuellement s'éteindre : nous ne comptons depuis quelques jours que deux à quatre nouveaux malades par jour. Elle paraît s'être propagée par la *communication des hommes*; elle se développe presque exclusivement par *foyers*; ceux-ci sont, avec une *constance merveilleuse*, en relation avec la *distribution de l'eau à boire*. Le temps, la saison, la direction des vents, les conditions géologiques ne semblent pas avoir eu la moindre influence. Bien que l'agglomération des étrangers soit plus grande qu'en aucun temps de la durée de l'Exposition, l'épidémie s'éteint. Les théories avancées jusqu'ici, en particulier celle de Pettenkofer, qui a compté tant d'adhérents, et qui a semblé un instant toucher à la vérité, s'évanouissent en présence de la marche de cette épidémie, et nous savons à présent tout ce que nous savions en 1831, c'est-à-dire *rien*. »

Il me semble résulter de cette note, ajoute M. Fournier : 1° que, à Berlin et à Vienne, on réserve des hôpitaux spéciaux pour les cholériques; 2° que l'agglomération des cholériques n'a eu aucun inconvénient pour le voisinage, qu'il n'en est pas résulté cette intensité d'irradiation que redoutaient quelques-uns de nos collègues; 3° que, au Grand-Hôpital de Vienne, qui correspond à peu près à notre Hôtel-Dieu, on a pu, par principe, ne recevoir aucun cholérique venu du dehors. Il est évident que la même possibilité existera pour les hôpitaux généraux de Paris lorsqu'on l'aura décidé. Il suffira, en effet, de donner des ordres dans ce but aux bureaux de bienfaisance et aux bureaux des commissariats de police, car c'est par eux que se fait le transport des malades atteints ou non de choléra.

L'expérience de nos voisins doit nous éclairer, et les quelques renseignements que j'apporte prouvent quelle importance pourrait avoir ceux qu'obtiendrait l'Administration si elle veut se décider à en demander.

M. Isambert : J'ai habité Vienne pendant une année, et, sans entrer dans des détails topographiques inutiles, je dirai seulement que le Grand-Hôpital général est à peu près analogue à notre Hôtel-Dieu, et que, en plaçant trois hôpitaux spéciaux à la périphérie de la ville, on a dû les mettre au delà des glacis qui entourent la ville centrale.

M. Bergeron : Il y a tout un côté des renseignements qui manque. Que deviennent les

cholériques à qui on fait parcourir de si grandes distances? En tout cas, si ces moyens ont été réalisables à Vienne, ils sont impraticables pour Paris.

M. FOURNIER : C'est précisément pour être éclairé sur ces diverses questions que je prie l'Administration de demander des documents.

M. BROUARDEL : Quand un homme est atteint de choléra à son domicile, qu'on le transporte à un hôpital ancien ou à un hôpital spécial, cela revient exactement au même. Suivant la demeure du malade et le siége de l'hôpital, il devra parcourir un chemin plus ou moins long dans chacune des deux hypothèses. Je ne vois pas que la création de maisons spéciales allonge nécessairement la distance.

Sur la proposition du bureau, la Société, considérant que l'épidémie de choléra est en voie de décroissance, décide que, à l'avenir, les réunions auront lieu seulement tous les quinze jours.

M. DAMASCHINO donne lecture d'un travail sur la diarrhée prémonitoire du choléra. (Voir l'UNION MÉDICALE du 25 octobre 1873.)

M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit un mémoire intitulé : *Des injections intra-veineuses dans le choléra.* (Voir l'UNION MÉDICALE du 21 octobre 1873.)

DISCUSSION.

M. MOUTARD-MARTIN : M. Beaumetz vient de nous communiquer seize observations de guérison du choléra par les injections intra-veineuses, mais nous ne savons pas combien ont péri pendant ou après ces injections. Tout réussit quelquefois, même les médications les plus excentriques. Nous ne connaîtrons la valeur réelle du moyen proposé par M. Beaumetz que lorsque nous aurons des chiffres permettant d'établir la proportion entre ceux qui ont succombé et ceux qui ont guéri.

M. CHAUFFARD : Le moyen que propose M. Beaumetz me semble appuyé sur une théorie inacceptable. Il est destiné à remédier aux pertes que le sérum du sang a subi par suite des évacuations. Telle n'est pas, suivant moi, la cause de l'algidité, de la cyanose, car nous voyons chaque jour des évacuations répétées et abondantes n'amener ni cyanose, ni algidité. Dans d'autres cas, ces phénomènes existent, bien que les évacuations soient très-faibles et même presque nulles. Cette pathogénie est insuffisante pour expliquer les faits. Je ne voudrais pas proposer une explication des résultats obtenus par les injections chaudes intra-veineuses, mais peut-être pourrait-on se demander si ces injections considérables et répétées n'ont pas simplement pour effet de s'opposer, mieux que tout autre moyen, au refroidissement du malade.

M. CHAMPOUILLON demande à M. Beaumetz si les cas de phlébites consécutives sont en rapport avec la fréquence des ouvertures de la veine? Si on pique une nouvelle veine pour chaque injection, et si on laisse le trocart à demeure?

M. BEAUMETZ : Les observations ne sont pas explicites sur ce point, mais je ne crois pas que les auteurs laissent leur trocart en place.

M. COLIN : Je ne vois pas qu'il soit utile de substituer un liquide albumineux à l'eau dans les injections intra-veineuses, car dans le choléra, ce qui manque à la circulation, ce n'est pas l'albumine, c'est l'eau.

M. BLACHEZ : Ce qui frappe dans les observations que vient de lire M. Beaumetz, c'est que nous sommes en présence de tout autre chose que ce qui a été essayé jusqu'ici en France. Dans le cas de M. Lorain, l'injection a été de 400 grammes, tandis que, dans les observations étrangères, on a injecté plusieurs kilogrammes d'eau. C'est donc une médication absolument nouvelle. Il faut, de plus, s'informer du moment où l'injection a été faite. Il ne suffit pas de désigner l'état du malade en disant qu'il est dans la période algide.

M. BEAUMETZ : Je réponds à MM. Moutard-Martin et Blachez que c'est une médication ultime, qui n'a été essayée que chez des malades agonisants, expirants, sans pouls, et qu'on a pu parfois les ressusciter. Il ne faut donc pas comparer les chiffres des morts et des survivants; on a fait revivre des malades voués à la mort.

Quant aux causes qui peuvent amener la cyanose, l'algidité, il me semble difficile, malgré l'objection si importante de M. Chauffard, de ne pas les chercher dans la déperdition du sérum du sang.

La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Le secrétaire, Dr BROUARDEL.

FORMULAIRE

ÉLECTUAIRE ANTIPÉRIODIQUE. — GLONNINGER.

Quinquina jaune pulvérisé.	15 grammes.
Confection de séné.	15 —
Chlorhydrate d'ammoniaque	1 —
Sirop d'écorces d'orange.	15 —

Mêlez, pour un électuaire qui sera administré, dans l'espace de quatre ou cinq jours, aux sujets convalescents de fièvres intermittentes. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 8 NOVEMBRE 1819.

Mort de Jean-François Coste, ami de Voltaire, Washington, Franklin. Maire de Versailles en 1790 ; s'est illustré dans cette périlleuse charge dans une pareille année. Il y a beaucoup d'ouvrages de cet honorable et digne médecin militaire ; mais la plupart sont obscurs, diffus. — A. Ch.

LES EAUX DU PUITS DU SAHARAH. — Dans les rapports transmis par le docteur Milon, chef du service médical de l'expédition d'El Goleah, à M. le général de Lacroix, et communiqués par ce dernier à notre Société de géographie, nous trouvons de précieuses indications sur la nature et sur la composition des eaux qui alimentent les caravanes du Sahara dans la direction suivie par la colonne expéditionnaire d'El Goleah.

Ces eaux ont été consommées sur place par nos soldats et leurs montures, mais on a eu soin d'en recueillir des échantillons aux principaux puits, tels que ceux de Zirara, de Bergaoui, d'El Goleah et d'El Hassi el Hadjar, pour les livrer à l'analyse chimique, qui a été effectuée au retour de l'expédition par M. Delahousse, pharmacien aide-major de première classe à l'hôpital militaire de Constantine.

Ces eaux sont en général mauvaises, le plus souvent altérées par suite de l'insouciance des voyageurs, qui les salissent sous prétexte de propreté personnelle, et y laissent s'écouler les immondices des bêtes qui viennent s'y abreuver. Dans la plupart des cas, il est prudent de ne les employer qu'après avoir épuisé une certaine quantité de leurs couches superficielles.

Ces eaux, dont la colonne française a fait un usage presque exclusif pendant près d'un mois, se décomposent rapidement. Les meilleurs puits d'El Goleah même n'ont pas fourni d'eau vraiment potable. Cependant nos soldats n'ont pas eu à en souffrir d'une manière sensible, car ils n'en ont pas fait abus. La température étant relativement basse, ne provoquait point leur soif, et la plus grande partie de l'eau consommée entrait dans la préparation du bouillon et du café, de telle sorte que l'action du feu l'avait débarrassée de son acide sulfhydrique. La chaleur avait, en outre, coagulé les principes organiques qu'elle tient en suspension.

L'eau de Zirara peut être rangée parmi les eaux potables, mais elle contient un faible dépôt de matières organiques. L'eau de Bergaoui doit être rangée parmi les eaux dures. Elle contient 34 grammes par litre de sels terreux et une forte proportion de sulfate. L'eau des puits d'El Goleah, étudiée sur deux échantillons, doit être classée aussi parmi les eaux dures. Il en est de même des eaux de El Hadjar. Toutes ces eaux, en particulier les dernières, contenaient des doses considérables de principes organiques.

Les puits du Saharah ont généralement leur paroi maintenue par un revêtement cylindrique, mais ils sont mal entretenus et beaucoup n'ont point de margelles, ce qui les transforme en égouts. Il serait possible non-seulement de les améliorer, mais aussi d'en créer de nouveaux. La création et l'entretien d'une ligne de puits bien aménagés serait peut-être le plus sûr moyen d'ouvrir des routes commerciales dans le Saharah et de faire aboutir à nos marchés d'Algérie un grand nombre de caravanes de l'intérieur de l'Afrique.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES (Enfant-Jésus, rue de Sèvres). — *Maladies chirurgicales des enfants. Orthopédie.* — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 13 novembre, à 9 heures.

Tous les jours, excepté le jeudi, de 8 heures 1/2 à 10 heures 1/2, visite des malades et consultation.

Le jeudi sera spécialement consacré à la leçon clinique et aux opérations.

La consultation du samedi sera réservée aux difformités et à l'application des appareils orthopédiques.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

JUILLET, AOUT ET SEPTEMBRE 1873

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 24 octobre 1873,

Par M. Ernest BESNIER.

Messieurs,

La constitution médicale, qui avait conservé pendant le mois de juillet les caractères remarquables de bénignité que nous avions signalés pour les trimestres précédents, a subi, dans le mois d'août et au commencement de septembre, une modification *brusque* et qui s'est traduite immédiatement par une élévation très-notable du chiffre des décès, directement imputable à deux affections principales : le choléra et la fièvre typhoïde. Cette modification de la constitution médicale est extrêmement remarquable, non-seulement par la rapidité avec laquelle elle s'est produite, mais encore par l'universalité et l'uniformité avec lesquelles elle s'est manifestée à la fois, dans la ville et dans les hôpitaux, sur la population civile et la population militaire.

Pendant les mois de juillet et d'août, M. Moissenet, à l'Hôtel-Dieu, essaye en vain de reconnaitre le cachet d'une constitution médicale spéciale. Les maladies aiguës sont à peu près nulles : les salles d'hommes et de femmes sont occupées par des indigents ou des ivrognes trouvés sur la voie publique, ou par des maladies chroniques du cerveau et de la poitrine; les phthisies pulmonaires fournissent au moins les quatre cinquièmes des décès.

« Il suffit, nous écrit M. Léon Colin, d'un coup d'œil général sur le mouvement des malades et sur la mortalité du Val-de-Grâce pour reconnaitre, durant le trimestre qui vient de s'écouler, deux phases complétement différentes dans l'état sanitaire de notre garnison :

1° Pendant le mois de juillet, les conditions sanitaires de cette garnison ont été excellentes. Quoique, pendant le mois d'août, le chiffre mortuaire de l'hôpital ait été plus élevé, ce sont encore les *maladies chroniques*, à évolution parfois relativement rapide (tuberculisation aiguë), qui ont été *exclusivement* causes de décès. Si les influences saisonnières ont, pendant ces deux mois, entraîné l'apparition d'un certain nombre d'affections fébriles ou gastro-intestinales, ces affections ont eu un caractère bénin et transitoire, et ont augmenté le nombre des indispositions plutôt que celui des maladies graves.

2° Pendant le mois de septembre, au contraire, l'aggravation de l'état sanitaire s'est traduit, non-seulement par l'accroissement du *chiffre des malades* qui nécessita l'ouverture d'un nouveau service, mais encore et surtout par la part importante que reprirent, parmi les causes d'entrée et de décès, les maladies aiguës, spécialement la *fièvre typhoïde* et le *choléra*. »

« En juillet, nous fait savoir M. le docteur Champenois, la diarrhée n'a donné que 15 entrées à l'hôpital du Gros-Caillou ; la dysenterie, 2; la fièvre typhoïde, 5. En août, la diarrhée a triplé ses atteintes, à l'École-Militaire particulièrement et à Courbevoie. La dysenterie augmentait en même temps, s'attaquant plus particulièrement au 74e de ligne et au 30e bataillon de chasseurs à pied, pendant que la fièvre typhoïde s'acharnait, à Courbevoie, sur le 102e de ligne et commençait à se développer dans le 101e, son voisin de casernement (1). »

(1) La sollicitude du Corps de santé militaire a été vivement éveillée par les nombreuses affections qui se sont développées, en particulier dans deux régiments casernés à Courbevoie. — L'eau qui alimente les fontaines de la caserne est de l'eau de Seine, puisée à Suresnes, bien captée et bien aménagée ; elle a été analysée à l'hôpital militaire Saint-Martin, et le rapport de M. Latour établit : « que ses qualités physiques et organoleptiques sont assez satisfaisantes ; que la quantité de ses principes fixes la rapproche très-sensiblement de celle qui est puisée au pont d'Ivry ; que l'absence des azotates et des azotites, et la faible propor-

M. le docteur Cabrol, médecin en chef de l'hôpital militaire Saint-Martin, a bien voulu résumer pour ce travail, dans les lignes suivantes, ses observations sur la constitution médicale du trimestre : « L'effectif des corps qui envoient leurs malades à Saint-Martin a très-peu varié pendant la durée du trimestre, et, cependant, le chiffre des entrées, qui n'était que de 91 en juillet, s'élève à 277 en août, et est encore de 132 en septembre.

L'action de la température, qui s'est brusquement élevée en juillet, s'est principa-

tion de matières organiques atteste ses qualités d'eau potable et bien captée; enfin, que cette eau ne renferme aucun élément de nature à nuire à la santé de la troupe. » La même eau, d'ailleurs, a été bue par d'autres régiments qui n'en ont en aucune manière souffert. M. le docteur Hacherelle, médecin-major du 102e de ligne, fait remarquer que les hommes ont souvent bu, pendant les chaleurs, de l'eau en quantité excessive, et il pense que la jeunesse d'un grand nombre de soldats de la dernière recrue, le retour de beaucoup de soldats en position d'absence, c'est-à-dire à l'hôpital ou en congé de convalescence, sont au premier rang des causes qui ont favorisé le développement d'un chiffre élevé de maladies dans ce régiment; et il ajoute qu'un certain nombre d'anciens soldats ont également subi les influences morbides de la saison. — Enfin, M. Cabrol, médecin en chef à Saint-Martin, et M. Champenois, médecin en chef au Gros-Caillou, notent que les seules conditions tout à fait spéciales à ce régiment sont celles qu'a signalées M. Hacherelle et, de plus, ils tiennent compte des fatigues particulières résultant de travaux de terrassement exécutés par ce régiment, travaux qui ont d'ailleurs été suspendus aussitôt que leur influence nocive a été constatée. Les régiments voisins, dont toutes les conditions étaient les mêmes, sauf celles que faisait naître la fatigue causée par les manœuvres, n'ont pas subi l'influence épidémique.

DATES.	Thermométrie (Thermomètre centigrade).												Barométrie (Moy. 24 h.)		
	Juillet				Août				Septembre				Juil.	Août	Sept.
	Min.	Max.	Écart.	Moy.	Min.	Max.	Écart.	Moy.	Min.	Max.	Écart.	Moy.	mm. 700+	mm. 700+	mm. 700+
1	13.4	20.6	7.2	16.2	17.1	25.2	8.1	21.2	15.4	22.2	6.8	18.6	56.4	59.1	54.6
2	10.9	22.7	11.8	15.4	11.0	23.9	12.9	17.5	11.1	21.2	10.1	16.6	58.5	61.1	53.5
3	10.3	25.6	15.3	17.7	10.9	25.5	14.6	18.2	8.1	20.2	12.1	14.3	55.5	60.0	51.8
4	16.0	22.1	6.1	18.6	11.3	27.1	15.8	19.2	8.8	18.5	9.7	13.4	52.3	57.9	58.1
5	11.3	24.5	13.2	17.9	12.8	28.2	15.4	20.5	8.1	17.4	8.3	12.8	53.5	55.9	56.4
6	15.3	26.8	11.5	21.1	14.1	30.2	16.1	22.2	8.1	18.3	9.2	13.0	54.5	56.4	54.1
7	14.4	28.4	14.0	21.4	14.7	28.9	14.2	21.8	4.3	18.4	13.1	11.6	57.9	60.5	53.5
8	16.6	31.3	14.7	24.0	15.6	37.2	21.6	26.4	9.5	17.4	7.9	13.3	57.2	55.0	50.9
9	14.4	23.1	8.7	18.8	16.5	21.6	5.1	19.1	6.0	18.2	12.2	12.1	59.6	53.4	55.3
10	15.5	27.2	11.7	21.4	9.6	21.7	12.1	15.7	11.6	20.4	8.8	15.5	55.5	59.4	53.0
11	16.1	24.8	8.7	20.5	12.1	22.2	10.1	17.2	11.3	20.6	9.3	16.0	52.6	56.4	53.4
12	13.0	22.0	9.0	17.5	12.1	23.8	11.7	18.0	11.5	14.1	2.6	12.8	51.6	60.6	55.3
13	10.9	23.6	12.7	17.3	14.2	23.6	9.4	18.9	12.1	20.2	8.1	16.4	50.2	57.9	51.5
14	11.4	21.2	9.8	16.3	11.1	25.2	14.1	18.2	11.6	17.4	5.8	14.9	51.9	60.5	49.6
15	10.4	18.9	8.5	14.7	11.5	28.9	17.4	20.2	10.4	16.4	6.4	13.5	53.6	59.7	43.4
16	11.0	23.0	12.0	17.0	14.1	33.9	19.8	24.0	9.1	17.7	8.6	13.3	59.6	54.9	50.7
17	13.5	26.0	12.5	19.8	11.8	24.2	12.4	18.0	10.0	18.6	8.6	14.5	61.2	61.4	53.3
18	15.2	26.5	11.3	20.9	10.8	21.3	10.5	16.1	13.7	20.8	7.1	17.2	56.2	52.2	56.8
19	11.4	21.8	10.4	16.6	12.6	22.8	10.2	17.7	9.9	19.2	9.3	15.0	61.1	49.9	61.3
20	10.5	26.6	16.1	18.6	10.4	22.4	12.0	16.4	10.0	23.6	13.6	17.0	61.4	54.1	61.2
21	14.1	30.3	16.2	22.2	14.9	25.2	10.3	20.1	13.3	18.5	5.2	16.3	59.1	54.5	62.2
22	17.9	34.6	16.7	26.3	13.5	27.1	13.6	20.3	10.5	15.4	4.9	13.0	55.8	54.5	65.6
23	17.6	28.1	10.5	28.9	14.9	26.7	11.8	20.8	6.7	15.4	8.7	11.3	55.7	53.0	64.0
24	13.1	25.8	12.7	19.5	13.4	30.2	16.8	21.8	6.7	17.0	10.3	11.9	57.6	50.9	61.3
25	12.8	30.2	17.4	21.5	15.5	28.2	12.7	21.9	5.5	18.7	13.2	12.6	56.6	53.6	60.0
26	16.4	27.4	11.0	21.9	14.5	26.0	11.5	20.3	6.3	20.4	14.1	13.7	53.7	55.9	59.6
27	12.1	27.4	15.3	18.3	13.5	25.5	12.0	19.5	6.2	22.7	16.5	14.6	57.8	56.4	55.8
28	14.8	27.2	12.4	21.0	13.9	23.1	9.2	18.5	8.8	24.9	16.1	16.8	56.0	51.1	55.1
29	14.6	30.4	15.8	22.5	11.9	20.0	8.1	16.0	12.9	16.1	3.2	14.6	53.2	53.5	57.8
30	16.2	29.4	13.2	22.8	11.1	20.1	9.0	15.6	14.2	19.8	15.6	17.4	57.7	50.5	57.6
31	15.6	31.3	16.3	23.5	15.1	21.8	6.7	18.5					58.0	54.3	
	13.8	26.0	12.4	19.9	13.1	25.5	12.4	19.3	9.7	19.0	9.0	14.5	56.2	56.0	56.1

lement manifestée par la production d'hémorrhagies, épistaxis, hémoptysies, et le réveil des affections tuberculeuses; en même temps ont apparu des fièvres légères, telles que fièvres éphémère, synoque, gastrique, muqueuse, etc.

Les dysenteries et les fièvres typhoïdes très-graves ont été les maladies dominantes de la deuxième période, alors que la température, à l'ombre, s'est élevée jusqu'à 32, 35 et même 38 degrés centigrades.

Dans le cours de la troisième période, correspondant à peu près exactement au mois de septembre, période pendant laquelle la température s'est maintenue dans les limites habituelle sans grandes variations, l'épidémie typhoïde et dysentérique a fait place à l'épidémie cholérique qui, éteinte en apparence à la fin de septembre, a fourni, en octobre, de nouveaux cas.

Telle est la marche générale des affections qui ont nécessité l'entrée à l'hôpital Saint-Martin de 500 malades fiévreux pendant le trimestre. »

Nous faisons suivre, comme d'habitude, l'étude de la constitution médicale d'un exposé précis et détaillé des conditions atmosphériques correspondantes; mais, comme par le passé, nous nous abstenons systématiquement de tirer du rapprochement de ces données aucune conclusion directe ni immédiate. Un semblable travail serait prématuré; car il y a trop peu d'années encore que nous avons établi cette étude sur des données statistiques précises, pour qu'il soit possible de baser sur celles-ci quelque déduction générale positive.

Hygrométrie.									Ozonométrie (Moy. 24 h.)			État du ciel NÉBULOSITÉ. (Moyenne 24 h.)			Vents DOMINANTS.		
JUILLET			AOUT			SEPTEMBRE											
Tens. MM.	Hum.	Pluie MM.	Tens. MM.	Hum.	Pluie MM.	Tens. MM.	Hum.	Pluie MM.	Juil.	Août.	Sept.	Juil.	Août	Sept.	Juillet.	Août.	Septem.
10.28	77	1.0	9.83	63	»	10.99	76	0.4	9.0	5.5	7.0	8.0	5	0.8	O.N.O.	N.O.	S.O.
10.42	75	»	8.62	60	»	8.89	74	0.7	6.5	5.5	9.0	7.0	3	0.5	O.S.O.	O.N.O.	O.S.O.
11.53	70	»	9.01	60	»	7.88	71	»	2.5	7.5	7.5	6.4	0	0.5	S.	N. O.	O.
9.69	64	»	8.82	55	»	8.56	78	1.0	8.0	5.5	7.5	9.0	5	0.6	O.	O.	O.N.O.
11.91	69	0.0	9.82	58	»	7.48	70	0.3	6.0	3.0	11.0	9.0	2	0.7	S.S.O.	O.N. O.	N.N.O.
11.70	66	»	11.38	62	»	6.99	71	»	6.0	1.5	6.0	6.1	1	0.7	Var.	N.O.	N.N.O.
12.02	63	»	13.25	75	»	6.59	68	»	3.0	4.0	10.0	3.4	3	0.7	N.E.	N.N.O.	S.S.O.
12.26	58	2.8	13.20	57	»	6.59	80	7.1	1.5	3.0	9.5	3.9	6	0.8	N.	Var.	O.
12.38	74	0.1	10.25	71	3.6	8.73	75	0.8	2.5	10.5	5.5	7.3	5	1.0	N.	N.O.	S.S.O.
12.53	66	»	7.70	63	0.7	8.81	72	1.4	4.5	5.5	5.0	7.2	8	0.8	S.	O.	S.O.
11.45	72	11.5	10.33	80	2.2	8.86	87	17.7	6.0	15.0	9.5	8.9	8	1.0	N.N.O.	O.	Var.
10.16	74	1.7	11.43	75	0.1	11.63	87	2.9	6.5	14.5	5.0	8.4	9	1.0	O.	O.	N.O-N.E.
9.49	62	0.1	11.73	77	»	9.63	90	2.2	9.0	7.0	4.0	6.7	6	0.9	S.S.O.	O.S.O.	Var.
9.49	71	2.0	9.31	66	»	11.70	83	9.5	10.0	8.0	16.0	9.0	4	0.7	S.O.	O.N.O.	S.O.
10.01	79	3.2	11.06	65	»	9.28	76	5.1	9.0	6.5	18.0	6.0	1	1.0	S.O.	S.E.	S.O.
8.95	63	»	11.52	61	»	8.12	82	4.2	10.5	6.0	17.5	4.4	2	0.8	S.O-N.O.	ONO-SSE.	O.
12.82	74	»	7.43	57	»	8.47	89	0.7	5.5	6.0	12.5	5.7	2	1.0	S.O.	O-E.S.E.	S.O.
11.50	74	0.0	9.63	76	7.0	11.65	79	4.1	6.0	5.5	12.0	6.1	8	0.8	O.	S.S.O.	S.O.
8.42	62	»	9.02	71	0.1	10.75	78	»	6.5	16.5	7.5	4.3	5	0.3	O.N.O.	S.O.	S.O.
9.62	62	»	8.64	62	1.1	9.15	83	»	4.0	»	8.5	1.8	6	0.3	N.N.E.	S.O.	S.O.
12.31	58	»	11.94	72	2.6	11.69	82	»	4.0	11.0	2.0	4.7	6	0.9	E.	S.O.	NO-NNE.
14.24	59	»	11.73	68	0.1	10.56	70	0.1	3.0	1.5	5.5	1.9	8	0.5	E.S.E.	O.S.O.	N.E.
13.79	73	»	11.83	73	1.1	7.10	69	0.2	4.0	4.0	0.0	5.9	6	0.2	S.O-N.O.	Var.	N.E.
9.02	57	1.2	12.79	72	4.9	6.26	76	»	5.0	5.5	2.5	4.4	7	0.0	N.O.	S.E.	N.N.E.
9.73	52	»	13.60	78	»	7.69	75	»	3.5	9.0	0.5	0.5	7	0.0	E.S.E.	S.E.	E.N.E.
12.59	75	»	10.65	66	2.5	7.72	73	»	2.5	14.5	1.0	6.7	3	0.0	Var.	S.	E.N.E.
9.95	69	10.5	10.43	65	»	8.07	84	»	4.5	6.5	3.0	7.0	8	0.2	O.	S.S.O.	E.
10.23	63	0.1	9.50	66	2.7	10.42	78	»	6.5	»	6.0	4.9	8	0.3	N.E.	S.O.	Var.
14.03	71	»	7.82	65	0.0	11.03	90	»	6.0	»	7.0	5.4	7	1.0	N.E.-S.E.	O.S.O.	N.
11.33	60	6.8	11.69	86	10.4	11.28	89	»	5.0	8.5	0.5	1.1	9	0.7	S.O-N.O.	S.S.O.	E.
12.05	62	»	14.13	90	5.4	11.89			5.0	7.0		0.4	10		O.S.O.	O.	
11.17	67	41.0	10.58	68	44.5	9.26	78	58.4	5.6	7.2	7.2	5.5	0.54	0.62			

Malgré l'existence des épidémies de choléra et de fièvre typhoïde, qui élèvent très-notablement la *mortalité* du mois de septembre, le chiffre total des *décès* survenus dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, pendant le troisième trimestre de l'année 1873, est resté inférieur à celui du trimestre correspondant de la plus favorisée des six années précédentes. J'ai dressé les tableaux ci-après pour mettre en relief ces données numériques importantes.

A. MORTALITÉ GÉNÉRALE COMPARÉE DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS PENDANT LES MOIS DE JUILLET, AOUT ET SEPTEMBRE DES ANNÉES 1867, 68, 69, 70, 72, 73.

HOPITAUX ET Hospices civils.	JUILLET						AOUT						SEPTEMBRE.					
Nombre de décès dans	1867	1868	1869	1870	1872	1873	1867	1868	1869	1870	1872	1873	1867	1868	1869	1870	1872	1873
les Hôpitaux civils	760	844	794	1159	748	707	792	777	849	1133	811	692	755	806	800	1128	778	894
— Dans les Hosp. civils	153	176	169	203	145	166	185	187	154	217	119	136	120	159	150	200	177	112
Totaux..	913	1020	963	1362	893	873	977	964	1003	1350	930	828	875	965	950	1328	955	1006

B. MORTALITÉ GÉNÉRALE DES TROIS MOIS RÉUNIS :

En 1867.	2,765	En 1870.	4,040
En 1868.	2,949	En 1872.	2,778
En 1869.	2,916	En 1873.	2.707

Les tableaux suivants permettront de se rendre compte facilement de la mortalité spéciale aux diverses affections internes dans les hôpitaux civils, et du mouvement des hôpitaux militaires.

1° HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS.

TABLEAU COMPARATIF indiquant la MORTALITÉ due aux principales affections internes qui peuvent être influencées par la constitution régnante, pendant les mois de juillet, août et septembre des années 1868, 1869, 1870, 1872 et 1873.

Maladies	Mois de Juillet					Mois d'Août					Mois de Septembre				
	1868	1869	1870	1872	1873	1868	1869	1870	1872	1873	1868	1869	1870	1872	1873
	Décès	Décès	Décès	Décès	Décès	Décès	Décès	Décès	Décès	Décès	Décès	Décès	Décès	Décès	Décès
Phthisie pulmon.	230	227	231	190	192	220	254	283	196	198	227	194	239	224	215
Fièvre typhoïde.	37	12	33	13	12	40	24	79	38	17	48	42	62	34	59
Grippe.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Laryngites	0	2	1	1	1	2	2	0	1	2	0	1	0	1	1
Bronchites	17	11	16	4	7	8	3	9	7	6	3	10	13	22	10
Pneumonies	40	55	57	48	30	27	40	41	39	28	40	50	46	43	31
Pleurésies.	8	11	10	10	8	9	14	7	11	4	9	9	14	8	10
Coqueluche	1	0	0	4	0	6	0	2	1	0	3	2	2	2	0
Croup	13	4	10	19	28	13	14	14	22	16	14	9	8	16	24
Angines	5	5	2	6	10	3	3	1	11	12	2	1	7	10	7
Rhumat. articul.	9	3	8	3	4	3	3	1	2	3	6	3	4	5	1
Variole	10	13	308	7	0	10	11	199	7	0	15	17	177	1	0
Scarlatine.	4	7	5	0	0	2	8	0	0	3	0	3	5	4	0
Rougeole.	16	6	2	2	7	4	5	9	1	7	4	4	4	0	2
Entérites.	17	14	13	9	4	22	13	11	9	14	32	18	13	16	9
Diarrhées	13	10	17	4	7	20	14	18	13	12	10	12	17	21	14
Dysenterie	0	0	3	2	3	3	1	5	6	5	7	5	13	8	5
Ictères	4	3	8	3	5	4	4	4	0	8	6	2	6	4	4
Erysipèles.	4	8	12	17	13	3	10	2	9	11	3	10	4	8	10
Choléra.	4	1	2	5	1	1	1	1	1	3	1	1	1	4	155

2° Hôpitaux militaires.

A. Hôpital militaire du Gros-Caillou, troisième trimestre de 1873 :

	Mouvement.	Décès.
Fièvre continue	110	»
Fièvre typhoïde	102	14
Fièvres intermittentes	62	»
Variole	»	»
Rougeole	11	»
Scarlatine	1	1
Diarrhées aiguës	134	»
Diarrhées chroniques	8	»
Dysenterie	94	5
Cholérine	6	»
Choléra épidémique	28	7
Ictères	15	»
Rhumatisme articulaire	34	»
Bronchite aiguë	31	»
Bronchite chronique	37	1
Phthisie pulmonaire	34	6
Pleurésie	23	»
Pneumonie	9	»
	739	34

B. Hôpital militaire Saint-Martin, troisième trimestre de 1873 :

Maladies	Juillet		Août		Septembre		Total général	
	Entrées.	Décès.	Entrées.	Décès.	Entrées.	Décès.	Entrées.	Décès.
Fièvre éphémère	1	»	3	»	4	»	8	»
— continue	8	»	33	»	21	»	62	»
— catarrhale	2	»	2	»	3	»	7	»
— bilieuse	1	»	1	»	»	»	2	»
— muqueuse	2	»	3	»	1	»	6	»
— typhoïde	3	3	32	6	10	7	45	16
— intermittente	4	»	4	»	1	»	9	»
— gastrique	1	»	26	»	13	»	40	»
— synoque	»	»	19	»	1	»	20	»
Insolations	2	»	2	»	»	»	4	»
Epistaxis	1	»	1	»	»	»	2	»
Anémie	3	»	9	»	3	»	15	»
Bronchites	24	»	23	»	9	»	56	»
Pneumonies	»	»	2	»	1	»	3	»
Pleurésies	6	»	8	»	2	»	16	»
Phthisie	1	1	1	»	»	1	2	2
Hémoptysie	2	»	3	»	»	»	5	»
Angines	1	»	4	»	6	»	11	»
Dysenterie	1	»	59	1	2	3	62	4
Diarrhées	11	»	27	»	20	»	53	»
Ictères	4	»	4	»	3	2	11	2
Embarras gastriques	10	»	10	»	9	»	29	»
Rhumatisme articulaire	3	»	1	»	3	»	7	»
Choléra	»	»	»	»	20	4	20	4
Totaux	91	4	277	7	152	17	500	28

I. Affections des voies respiratoires. — Peu nombreuses et bénignes pendant la durée des mois de juillet, d'août et de septembre; chiffre de malades, nombre de décès et mortalité moyenne inférieurs dans nos hôpitaux à ceux des périodes correspondantes les plus favorisées des six dernières années, ainsi que je l'établis dans le *tableau comparatif* suivant, où j'indique, pour chaque

troisième trimestre des années 1867, 1868, 1869, 1870, 1872, 1873, le *mouvement*, le chiffre des décès et les proportions centésimales, mensuels, trimestriels, les

MALADIES.	3me TRIMESTRE 1867			3me TRIMESTRE 1868			3me TRIMESTRE 1869		
	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.
Phthisie pulmonaire	1,388	685	49.38	1,290	680	52.71	1,556	675	43.31
Pneumonies	410	144	35.11	376	107	25.79	437	145	33.18
Bronchites	946	21	2.21	934	28	2.99	1,118	24	2.14
Pleurésies.....	268	13	4.81	298	26	8.75	327	34	10.39
	3,012	863	22.87	2,898	841	22.56	3,438	878	22.25
Mortalité générale de chacun de ces trimestres.....		2.765			2.949			2.916	

II. AFFECTIONS DIPHTHÉRITIQUES. — Pendant toute la durée des trois mois de juillet, d'août et de septembre, les affections pseudo-membraneuses sont restées extrêmement fréquentes, et elles n'ont pas subi l'abaissement habituel qu'elles éprouvent constamment à cette période des années précédentes. Si nous comparons, par exemple, le mouvement du croup pour le troisième trimestre de l'année présente au même trimestre de l'année 1867, nous trouvons que le seul chiffre des *décès* des mois de juillet, d'août et de septembre 1873 s'élève à plus du double du chiffre total des *malades* des mêmes mois de l'année 1867, et que le nombre des

MOIS.	1867			1868			1869		
	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.
Juillet.....	9	7	77.77	24	13	54.16	8	8	100.00
Août.....	15	12	80.00	20	13	65.00	21	14	66.66
Septembre	8	6	75.00	19	14	73.68	15	9	60.00
Totaux.....	32	25	78.12	63	40	63.49	44	31	70.45
Mortalité générale correspondante.....		2.765			2.949			2.916	

Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. Henri Roger :

Seize cas, sur lesquels 4 contractés à l'hôpital :

Statistique presque aussi mauvaise que pendant les mois d'hiver : 6 enfants opérés, 5 morts; 1 mourut peu après son entrée, sans avoir subi la trachéotomie; 2 guérirent sans opération, entre autres une petite fille de 1 an qui avait du coryza couenneux et une forte angine.

En résumé : croup, 9 cas : 6 trachéotomies, 5 morts, 1 guérison ;— 3 enfants non opérés : 2 guérisons, 1 mort.

5 enfants eurent de l'angine couenneuse sans croup; 3 d'entre eux moururent; des 2 qui guérirent, l'un eut une endocardite passagère, mais il était au septième jour d'une scarlatine à laquelle doit se rapporter cette complication qu'il est si exceptionnel de rencontrer dans la diphthérie primitive.

Deux fois enfin la diphthérie survint, comme complication ultime d'autres maladies, sous la forme cachectique (diphthérite cutanée, coryza, érosions et exulcérations pulpeuses des lèvres); l'un de ces faits est remarquable en ce que l'enfant eut une paralysie du voile du palais sans avoir eu d'angine couenneuse.

totaux et les moyennes mortuaires; j'ai eu soin de donner la mortalité *générale* propre à chacun de ces trimestres.

3me TRIMESTRE 1870			3me TRIMESTRE 1872			3me TRIMESTRE 1873			TOTAUX.		
Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Total du mouvement.	Total des décès.	Mortalité p. 100.
1,383	753	54.43	1,348	610	45.25	1,201	606	50.45	8,166	4,009	49.09
484	144	29.75	379	130	34.16	362	89	24.58	2,448	759	31.00
862	38	4.40	1,093	33	3.02	942	23	2.44	5,895	167	2.83
330	31	9.39	319	35	10.97	267	23	8.68	1,809	162	8.95
3,059	966	24.49	3,139	808	23.35	2,772	741	21.53	18,318	5,097	22.96
4.040			2.778			2.707					

malades a plus que triplé. On trouvera les éléments de ce point de la question si importante et si négligée aujourd'hui des affections diphthéritiques dans le tableau suivant, dans lequel j'ai établi, pour le troisième trimestre de six années consécutives, le nombre des cas de croup, la mortalité par mois et par trimestre, le nombre des décès, leur proportion centésimale par mois, par trimestre, et la moyenne générale. (Voy. pour le complément les Rapports sur les mois de novembre et décembre 1869, pour ce qui est antérieur; puis les Rapports sur les mois de mars, avril, mai et juin 1872, et des deux premiers trimestres de 1873.)

1870			1871			1873			Totaux		
Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Total du mouvement.	Total des décès.	P. p. 100.
25	16	64.00	30	19	63.33	37	28	75.75	133	91	68.86
20	14	70.00	32	22	68.75	40	16	40.40	148	91	57.59
22	8	36.36	26	16	61.53	36	24	66.66	126	77	60.06
67	38	56.70	88	57	64.77	113	68	60.17	407	259	63.63
4.040			2.778			2.707					

A la suite de ces cas, M. Homolle, interne du service, relève deux observations de FAUX CROUP grave; dans l'un de ces cas, la trachéotomie fut faite en connaissance de cause, et la canule fut enlevée après vingt-quatre heures; dans l'autre, le tirage continuel et l'altération de la toux persistèrent pendant cinq jours.

III. FIÈVRES ÉRUPTIVES. — La *variole* continue à faire complétement défaut, et il n'y a pas un seul décès imputable à cette maladie pendant toute la durée du trimestre.

La *scarlatine* reste toujours dans des proportions très-restreintes.

La *rougeole* seule a sévi avec quelque intensité.

J'ai réuni dans le tableau ci-après les indications nécessaires pour montrer le *mouvement* des fièvres éruptives dans les hôpitaux civils pendant la durée du troisième trimestre de 1873.

Mois	VARIOLE		ROUGEOLE		SCARLATINE		TOTAUX	
	Mouvement.	Décès.	Mouvement.	Décès.	Mouvement.	Décès.	Total du mouvement.	Total des décès.
Juillet	2	0	48	7	7	0	57	7
Août	1	0	60	7	7	3	68	10
Septembre	0	0	37	2	9	0	46	2
Totaux	3	0	145	16	23	3	171	19

Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. Henri Roger :

De nombreux cas de rougeole se sont répartis également entre les mois de juillet, août et septembre. Quatre fois, sur 22 cas, les caractères de l'éruption et la nature des complications ont fait admettre une éruption mixte, une *rubéolo-scarlatine*; c'est successivement, et non d'une manière tout à fait simultanée, que les deux éruptions se présentèrent en général. Des 4 malades en question, 2 moururent de bronchio-pneumonie, 1 de diphthérie. Un seul enfant

Mois	1867			1868			1869		
	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.
Juillet	179	42	23.46	146	37	25.34	63	12	19.04
Août	229	52	22.70	147	40	29.93	92	24	26.08
Septembre	164	38	23.17	220	48	21.81	132	42	31.81
Totaux	572	132	23.07	513	125	22.41	287	78	27.17

Les communications pleines d'intérêt que j'ai reçues, et dont je produis ci-après des extraits, donnent un tableau succinct, mais très-exact, de cette *exacerbation* épidémique, dans laquelle les *complications* les plus graves de la maladie apparaissent avec une remarquable fréquence.

On n'omettra pas de noter que, dans cette épidémie comme dans les autres, la physionomie et la gravité de la maladie ne sont pas les mêmes dans tous les points d'observation; de sorte qu'il y aurait grand intérêt à préciser, comme pour le choléra, les régions qui constituent les *foyers*.

Hôpital Lariboisière. — M. Siredey :

« La *fièvre typhoïde*, qui avait pour ainsi dire cessé d'être observée dans le service de M. Siredey, y est devenue très-fréquente depuis le 15 août. Presque tous les cas se sont rencontrés chez de jeunes sujets (16 à 20 ou 22 ans) et ont présenté un caractère de *gravité* insolite. La plupart ont revêtu, dès le début, la forme ataxo-adynamique. Ainsi, une jeune fille de 16 ans a succombé après quarante-huit heures de séjour à l'hôpital. Au moment de son entrée, quelques jours après le début de la maladie, elle présentait des symptômes cérébraux tellement accusés, qu'on pouvait un instant croire plutôt à une méningite qu'à une fièvre typhoïde à forme cérébrale. La malade avait éprouvé dès le principe une violente céphalalgie accompagnée de vomissements et de *constipation* qui persistaient encore. Le ventre était légèrement déprimé; les pupilles, considérablement dilatées, et l'intelligence si affaiblie, que nous n'avons pu recueillir aucun renseignement de la malade elle-même. Sous l'influence d'un purgatif énergique et d'une application de sangsues derrière les oreilles, nous n'obtînmes qu'une amélioration momentanée, et la mort eut lieu le lendemain.

A l'*autopsie* : Lésions classiques de la fièvre typhoïde, et de plus une véritable méningo-

mourut à la suite de la rougeole simple ; il eut un croup secondaire, et succomba sans avoir été opéré.

17 enfants guérirent, la plupart sans que la rougeole ait présenté de complications ; 3 après avoir eu de la laryngite : chez l'un de ces derniers, la coïncidence d'une coqueluche au début donnait à la toux, rauque et éteinte, un caractère suffocant qui fit quelque temps craindre un croup secondaire.

Au commencement de juillet, 3 enfants présentèrent des gangrènes rubéoliques (gangrène de la vulve, gangrène de la paroi abdominale au niveau de pustules d'ecthyma, stomatite gangreneuse avec nécrose partielle du maxillaire supérieur : les 2 premiers moururent).

IV. FIÈVRE TYPHOÏDE (1). — L'endémo-épidémie typhoïde a subi son *exacerbation* saisonnière habituelle, laquelle a coïncidé, dans son développement, avec l'apparition des premiers cas de choléra ; le nombre des atteintes ne dépasse pas le chiffre des années moyennes ; mais, ce qu'il y a de particulier à cette épidémie, c'est une gravité tout exceptionnelle, qui élève la mortalité de cette affection à 33 p. 100, le chiffre moyen pour nos hôpitaux des trimestres correspondants étant, d'après nos calculs, de 27 p. 100.

Le tableau suivant, dans lequel j'ai réuni le mouvement, le chiffre des décès, et calculé les proportions centésimales pour six années consécutives, permettra de suivre la marche régulièrement et constamment ascensionnelle, chaque année, de la fièvre typhoïde pendant les mois de juillet, d'août et de septembre.

1870			1872			1873			Totaux		
Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Total du mouvement.	Total des décès.	P. p. 100.
126	33	26.19	50	13	26.00	49	12	24.48	613	149	24.30
178	79	44.38	106	38	35.85	66	17	25.75	818	250	30.56
241	62	25.72	133	34	25.56	147	59	40.13	1037	283	27.00
545	174	31.90	289	85	29.41	262	88	33.58	2468	682	27.63

(1) *Épidémie typhoïde à développement spontané.* — En mai, juin et juillet, M. Rames, membre correspondant de la Société à Aurillac, a observé une épidémie de fièvre typhoïde développée au couvent du Buis, établissement dont la population était de 87 personnes. Cette épidémie, qui a atteint 23 pensionnaires et 7 religieuses, est née au couvent même, et a *débuté* sur une jeune fille de 17 ans *qui n'était pas sortie de la maison depuis le mois d'octobre de l'année précédente* ; elle fut immédiatement séquestrée de ses camarades, ce qui n'empêcha pas les autres atteintes. L'épidémie s'est développée, malgré l'évacuation de l'établissement, et une pensionnaire seulement et les religieuses ont fait leur maladie au couvent.

Lorsque cette épidémie s'est déclarée, il n'existait en ville, fait remarquer M. Rames, que quelques grippes de printemps. Dans le faubourg qui avoisine le couvent, 5 cas se sont développés, dont 2 sur un aumônier du couvent et sa servante, qui ont succombé tous les deux. Dans la ville d'Aurillac, 2 cas seulement, dérivés de cette épidémie, sur une servante ayant soigné l'une des malades et sur un jeune commis ayant fait des commissions au couvent.

L'établissement du Buis est construit dans un site salubre, bien aéré, sur un terrain calcaire et marneux ; mais des vices de construction en rapport avec les habitudes claustrales de la maison détruisent les conditions naturelles ; et, sous ces influences, jointes à quelques causes locales d'insalubrité, telles que le voisinage d'un cimetière, l'existence de latrines infectes près des réfectoires et des dortoirs, etc., il y aurait eu déjà antérieurement diverses épidémies analogues dans le même établissement.

M. Rames, de concert avec le médecin de l'établissement, a conseillé le drainage, l'agrandissement de l'enclos destiné aux promenades ; enfin, certaines coupures destinées à donner accès à l'air. Nous ne pouvons qu'appuyer de la manière la plus instante les propositions éclairées de notre collègue, propositions dont la mise à exécution est urgente dans ce cas particulier. On ne saurait oublier, en effet, qu'il s'agit là d'une épidémie, non pas importée, mais développée de toutes pièces dans un lieu claustral, sur une pensionnaire qui n'avait pas quitté la maison, et alors que la maladie n'existait pas dans le pays. Il serait difficile de trouver un exemple plus remarquable du développement spontané d'une épidémie typhoïde.

encéphalite généralisée, caractérisée par la vascularisation, l'épaississement et les adhérences des méninges, qui ne pouvaient s'enlever sans entraîner en même temps la substance cérébrale.

Une autre jeune fille de 18 ans (n° 30, salle Sainte-Geneviève), malgré l'adage : *Febris spasmos solvit*, a présenté de véritables crises hystériques dans le premier septénaire de la maladie. Plus tard est survenue une *hémorrhagie intestinale* extrêmement abondante qui a jeté la malade dans un état adynamique tel, que nous avions conçu les craintes les plus grandes. Néanmoins, aujourd'hui, elle est sur le point de quitter l'hôpital.

Plusieurs autres malades ont présenté des *hémorrhagies intestinales* abondantes. Nous en avons combattu les effets avec succès en administrant à l'intérieur l'extrait de quinquina, le café, de l'eau-de-vie et du vin. Nous avons prescrit en outre l'application de glace sur le ventre, en *recommandant de laisser les malades aussi immobiles que possible, et en suspendant momentanément l'exploration de l'abdomen par la palpation.*

Mais, ce qui nous paraît le plus digne d'attention, ce sont les *complications*, ou ce que d'autres appellent les *phénomènes critiques*, survenus chez plusieurs de nos malades.

Ainsi, un jeune garçon de 16 ans (n° 23, Saint-Augustin *bis*), d'une constitution chétive, vivant misérablement et ayant présenté une *hémorrhagie intestinale* grave dans le cours de la fièvre typhoïde, fut pris de *choléra* au moment même de partir en convalescence à Vincennes. Il fut aussitôt transporté dans la salle spéciale, et, malgré les conditions de résistance si défavorables où il se trouvait, il sortit guéri.

Une jeune fille de 17 ans, vierge (n° 24, Sainte-Geneviève), sur le point d'être envoyée au Vésinet, présenta en même temps deux énormes *abcès des grandes lèvres* qui, après deux ou trois jours, furent incisés et donnèrent issue à un écoulement abondant de pus noirâtre, sanguinolent, très-fétide. Cette complication, sans gravité d'ailleurs, retarda de huit jours la sortie de la malade.

Une autre malade âgée de 26 ans (n° , Sainte-Geneviève), fut prise à la fois de la fièvre typhoïde et d'un *engorgement du sein droit*, analogue à celui qu'on observe chez les nouvelles accouchées au moment où s'établit la sécrétion lactée. Après avoir redouté un abcès du sein, on vit après quelques jours la résolution survenir et être remplacée par une *tuméfaction douloureuse et considérable du foie*, avec accès fébriles intermittents paraissant le soir, dont le sulfate de quinine fit justice en quelques jours.

Depuis plusieurs semaines se trouvait aussi dans la salle Sainte-Geneviève une jeune femme atteinte de kyste de l'ovaire. Elle prit la fièvre typhoïde vers le 20 août. Elle en guérit et elle était sur le point de rentrer dans son village, en Normandie, quand, sans cause connue, et sans que nous ayons jamais pu trouver aucune lésion pour nous en rendre compte, elle fut prise de plusieurs frissons le même jour, puis d'une fièvre continue qui persiste encore après plus de deux septénaires, et que malgré l'absence de taches lenticulaires nous regardons comme une *fièvre typhoïde redux*. Il n'est peut-être pas inutile d'ajouter qu'aucune modification n'est survenue dans le kyste.

Il se trouve encore au lit n° 7 de la même salle une fille de 17 ans qui, après avoir présenté une *hémorrhagie intestinale* des plus graves, vient d'être prise, en pleine convalescence, d'une *arthrite* du genou gauche, avec un épanchement si rapide et si considérable, et une fièvre tellement véhémente, que nous sommes loin d'être sans inquiétude sur la nature et la terminaison de cette complication.

Enfin, à la salle Saint-Augustin *bis* (n° 12), est couché actuellement un jeune homme de 18 ans, entré au huitième ou dixième jour d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique avec congestion pulmonaire intense du côté droit. Vers le quinzième jour de la maladie, il fut pris d'un *érythème scarlatiniforme* qui, après avoir débuté sur la joue droite, envahit rapidement la face, le cou, et occupa dès le lendemain toute la surface du corps. Presque aussitôt, on vit au niveau des aines, en dehors des cuisses, et sur le dos, l'épiderme soulevé par une couche de sérosité, comme si l'on eût appliqué un vésicatoire. Notre collègue Guyot voulut bien nous éclairer de ses conseils ; il rejeta comme nous l'idée de scarlatine pour n'admettre chez ce malade qu'un érythème scarlatiniforme ; et tous deux nous portâmes le pronostic le plus grave.

Le malade, en proie à une fièvre vive, au délire, atteint en même temps d'une pneumonie hypostatique de la base, et tourmenté par une soif inextinguible, sans que pourtant les urines examinées tous les deux ou trois jours aient jamais contenu ni sucre ni albumine, fut soumis au quinquina, à l'eau-de-vie et au café. Il buvait par jour, et cela lui suffisait à peine, 2 litres de bière et deux pots de limonade vineuse. En outre, on avait soin de le saupoudrer d'amidon plusieurs fois par jour.

Aujourd'hui, la fièvre est tombée, l'appétit est bon, les déjections s'exécutent bien, et la *desquamation*, qui se fait par larges plaques, comme dans la scarlatine, offre ce caractère

particulier d'être effectuée déjà aux mains et aux pieds, quand elle ne fait que commencer au cou, à la face et sur les membres.

Cette observation intéressante figurera d'ailleurs, avec tous les détails qu'elle comporte, dans la thèse inaugurale d'un élève du service. »

Hôpital Cochin. — M. Bucquoy : Fièvres typhoïdes nombreuses à l'hôpital et dans le quartier de l'hôpital, en général peu graves. M. Bucquoy signale particulièrement le peu de sensibilité, ou l'absence complète de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, et la persistance des taches rosées lenticulaires jusque dans les premiers temps de la convalescence.

Hôpital Necker. — M. Laboulbène : Fièvres typhoïdes très-bénignes d'abord, mais plus graves actuellement; certains malades, fait remarquer M. Laboulbène, à langue à peine blanchie ou rouge à la pointe, molle, humide, mais ayant des taches lenticulaires et une température rectale de 40°, étaient d'un diagnostic difficile pendant les premiers temps, mais qui est devenu très-facile une fois cette forme connue.

Hôpital militaire du Val-de-Grâce. — M. Léon Colin :

« Le dernier décès causé au Val-de-Grâce par cette affection remontait au mois de juin; bien que depuis cette dernière date un certain nombre d'atteintes aient été constatées dans nos salles, la maladie a pris, à partir de la fin du mois d'août, une fréquence toute spéciale, et cette recrudescence épidémique s'est accompagnée d'un assez grand nombre de diarrhées, d'embarras gastriques et d'ictères.

Comme *caractère clinique* de cette épidémie, je vous signalerai la *variabilité considérable des symptômes abdominaux* chez les divers sujets, surtout au point de vue de la *diarrhée*; chez quelques-uns, le flux abdominal fut assez fréquent et assez considérable pour m'engager à recourir, contrairement à mon habitude, à l'emploi de tisanes de riz et même à celui du sous-nitrate de bismuth; je cédais, il est vrai, surtout à l'appréhension de complications cholériformes dans ces cas à diarrhée abondante. Chez quelques autres, au contraire, non-seulement il n'y avait point de diarrhée; mais, pendant tout le décours de la maladie, la *constipation* fut opiniâtre et nécessita l'emploi, plus fréquent que nous ne l'aurions voulu, en raison des circonstances actuelles, de la médication purgative.

Les *phénomènes thoraciques* ont été, en général, très-prononcés, non-seulement plus marqués qu'ils ne le sont d'habitude en cette affection pendant la saison chaude, mais assez graves pour avoir constitué la source principale des complications et de l'aggravation du mal en plusieurs cas; la mort est survenue une fois, au douzième jour de l'affection, comme conséquence évidente d'une *congestion* de tout le parenchyme pulmonaire; actuellement, j'ai quatre malades qui en sont à leur septième et huitième septénaire, et chez lesquels le mouvement fébrile s'est maintenu jusqu'à ce jour, en raison de complications du même genre qui donnent encore au pronostic, pour chacun de ces cas, une extrême gravité.

Quant aux *symptômes nerveux*, ils ont été d'une intensité moyenne; j'ai noté plutôt la fréquence de certains phénomènes périphériques, comme l'*hyperesthésie de la peau*, la *photophobie*, le *tremblement* et les soubresauts des fléchisseurs, que celle des accidents entraînés par une atteinte plus profonde du système nerveux, comme le délire, la stupeur, l'*adynamie* complète.

Je signalerai enfin, chez ces malades, la fréquence relative des *hémorrhagies intestinales*; sur 13 cas, reçus en septembre dans mon service, cet accident s'est produit quatre fois; l'hémorrhagie a été peu abondante, plutôt favorable en apparence, car elle a tout au moins coïncidé avec une franche période de déclin, chez deux de ces malades; chez les deux autres, elle a été considérable et a signalé le début d'une aggravation qui, pour l'un, faillit être immédiatement mortelle; la situation actuelle de ce malade est aujourd'hui encore (quinze jours après l'accident) excessivement inquiétante. Nous eûmes recours, dans ces deux cas, au perchlorure de fer, à l'acide sulfurique, aux compresses et aux lavements froids.

Chez les quelques malades arrivés aujourd'hui à la convalescence, j'ai noté la fréquence des *coagulations sanguines* dans les troncs veineux des membres inférieurs, spécialement dans la saphène; deux de ces convalescents ressentent actuellement, l'un depuis quelques jours, l'autre depuis plus de trois semaines, des élancements douloureux à la partie antérieure des cuisses, conséquences probables de la compression des nerfs satellites par les veines oblitérées. »

Hôpital militaire du Gros-Caillou. — M. le docteur Champenois :

« Durant le dernier septénaire du mois d'août, le 102e de ligne n'a pas envoyé moins de

21 fièvres continues, dont la plupart ont pris le caractère typhoïde. Beaucoup étaient compliquées de selles épuisantes, et ne comptaient que peu de jours d'invasion. Pour d'autres, l'incubation avait été plus longue, et les malades n'étaient entrés à l'hôpital que sous le coup d'accidents révélateurs d'un travail de perforation intestinale.

Trois fois l'*autopsie* a montré la perforation complète, avec péritonite purulente. Elle existait au voisinage de la valvule iléo-cœcale, au milieu de plaques érodées, pendant que les autres, au-dessus, étaient en voie de cicatrisation. La mort avait été la conséquence de la *bénignité* de la maladie et d'une alimentation *mal dirigée*.

Trois fois l'ulcération s'était arrêtée à la séreuse, et n'avait provoqué qu'une péritonite diffuse avec sérosité citrine et tractus albumineux.

Deux fois la mort était survenue *subitement* : dans un cas, après quinze jours de maladie à la caserne et quatre jours à l'hôpital, au milieu de symptômes de périencéphalite. Les plaques étaient en voie de cicatrisation dans l'intestin grêle. Dans l'autre cas, la diarrhée avait épuisé le malade ; les lésions intestinales étaient celles du huitième jour.

Une fois des ulcérations concentrées sur la valvule épaissie et une entérite diffuse de la deuxième moitié du petit intestin avaient provoqué la suppuration des ganglions mésentériques.

Trois fois la combinaison de la diarrhée et de la fièvre typhoïde s'est terminée par un état cholériforme.

Une de ces trois fois, la *psorentérie* tranchait autour des plaques.

Des 14 décès typhoïdes, 9 portent sur des jeunes soldats ayant de sept à huit mois de service (42 atteints). »

Même hôpital. — M. Libermann :

« Fièvres typhoïdes graves, généralement adynamiques ; diarrhée plus intense que d'habitude ; et quelquefois, dans le cours de leur fièvre, refroidissement avec cyanose des extrémités, mort avec une véritable atteinte de choléra. Trois cas de ce genre se sont présentés à l'hôpital. Dans un cas dont j'ai fait l'autopsie, les lésions de la fièvre typhoïde étaient à peine marquées, quoique le malade fût au quatorzième jour de sa fièvre. Cinq à six plaques de Payer gaufrées, près de la valvule iléo-cœcale, étaient les seuls indices de sa maladie. »

Hôpital militaire Saint-Martin. — M. le docteur Cabrol, médecin en chef ; M. le docteur Fournié, aide-major :

« Tous les sujets atteints venaient du 102e régiment de ligne, caserné à Courbevoie : *forme abdominale* prédominante ; abstraction faite des symptômes pulmonaires et intestinaux qui accompagnent la fièvre typhoïde, le *météorisme* s'est présenté, dès les premiers jours, comme une complication des plus redoutables chez la plupart des malades.

La *bronchite* et les *hypostases* ont été notées, en même temps que le tympanisme, dans presque tous les cas ; les accidents pulmonaires ont été d'autant plus accusés, d'autant plus dangereux, que le refoulement du diaphragme par l'intestin a été plus considérable ; il a été relevé trois *pneumonies* dans les six autopsies qui ont été faites.

Les *symptômes cérébro-spinaux*, la rachialgie, l'hyperesthésie, etc., n'ont été observés dans presque aucun cas. Deux cas seulement de fièvre *ataxique* ; tous les autres malades ont plutôt présenté de la stupeur, de l'*adynamie*.

Les *taches rosées* ont apparu dans presque tous les cas : l'éruption a été généralement abondante. *Sudamina* chez cinq malades.

Quatre sujets ont eu des *hémorrhagies intestinales* répétées ; sur ce nombre, TROIS *sont morts* ; l'un d'entre eux a succombé à une péritonite par perforation. En résumé : 1° Malades, 24 ; décès, 7 ; 2° forme thoraco-abdominale et particulièrement abdominale chez presque tous les sujets ; 3° deux cas de fièvre ataxique ; 4° un cas appartenant à la forme dite cérébrale ou plutôt céphalique, caractérisé par une céphalalgie opiniâtre et persistante de la bronchite, de la diarrhée et l'absence de tout météorisme (ventre plat). »

V. CHOLÉRA. — Les documents relatifs à l'épidémie actuelle de choléra, depuis son début jusqu'à ce jour, sont contenus dans les six notes lues à la Société médicale des hôpitaux, et qui ont été publiées par l'UNION MÉDICALE ; les documents qui ont trait à la suite de l'épidémie seront publiés dans des notes successives, et un résumé général sera donné dans le Rapport sur les maladies du dernier trimestre de l'année présente.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE D'HYDROTHÉRAPIE, comprenant les applications de la méthode hydrothérapique au traitement des maladies nerveuses et des maladies chroniques, par le docteur BENI-BARDE, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil, lauréat de l'Académie de médecine, membre de la Société d'hydrologie. Un volume grand in-8° de VI-1038 pages, avec figures dans le texte. Paris, 1874. G. Masson, éditeur.

DEUXIÈME ARTICLE. — (Voir le numéro du 4 novembre.)

Dans l'analyse de la première partie de cet ouvrage, nous avons vu que M. Beni-Barde a tenté des efforts souvent heureux pour faire reposer la partie qu'on pourrait appeler nosologique de l'hydrothérapie sur les notions les plus modernes et les plus acceptées des sciences physiques, chimiques, et sur la physiologie. C'est une tendance louable et d'ailleurs naturelle. La génération médicale à laquelle appartient l'auteur de cet ouvrage a été élevée dans la croyance à la dépendance absolue des phénomènes biologiques, normaux ou anormaux, aux lois physiques et chimiques. L'influence de l'éminent professeur de physiologie du Muséum et du Collége de France, sur la biologie, retentit sur toutes les manifestations de l'opinion médicale, livres, thèses, presse médicale, etc. M. Beni-Barde a subi cette pression, il ne s'en défend pas, au contraire, il veut être et qu'on le croie homme de progrès; il a voulu faire œuvre scientifique, et cette ambition était légitime.

Légitime pour toute la partie technique et nosologique de l'ouvrage; un peu ambitieuse peut-être pour la partie clinique et thérapeutique. Et ce n'est pas la faute de l'auteur, mais celle des choses et des conditions de cette science si complexe qu'on appelle la médecine. Des éléments de cette science, la thérapeutique est encore l'élément le moins avancé. On cherche, et avec raison, à lui donner ici, là, un peu partout, les allures scientifiques; convenons-en, on y réussit peu, et, sur les plus graves et les plus émouvants problèmes de la thérapeutique, nous en sommes encore à l'empirisme.

L'hydrothérapie n'est qu'une méthode thérapeutique; comme telle, elle peut prendre sa part, encore petite, dans les *à priori* des sciences physico-chimiques; mais, son plus gros contingent, elle le trouve encore dans les résultats pratiques de l'observation clinique.

M. Beni-Barde en convient d'ailleurs, et dans plusieurs endroits de son livre. C'est pourquoi nous n'insisterons pas davantage sur ces considérations; voilà encore pourquoi nous passerons, sans nous y arrêter, sur les pages consacrées par l'auteur à ses réflexions sur les maladies générales, leur évolution et leurs diverses phases, s'inspirant dans cette étude des travaux de Claude Bernard, de Brown-Sequard, et des physiologistes modernes. Il part de ces considérations physiologiques pour instituer une méthode rationnelle de traitement et pour justifier l'emploi de l'hydrothérapie dans les maladies chroniques.

Le premier chapitre de cette deuxième partie est consacré aux maladies diathésiques. Après une étude générale sur ce qu'on doit entendre par diathèse, l'auteur étudie successivement la *goutte*, la *gravelle*, le *diabète*, l'*albuminurie*, l'*obésité*, la *polysarcie*, le *rhumatisme* et ses variétés, l'*herpétisme*, le *lymphatisme*, la *scrofule*, l'*anémie* et la *chlorose*.

Nous ne nous chargerions pas de justifier cette nosographie et de légitimer le classement de toutes ces maladies dans les maladies diathésiques. Ce qui importe au praticien, c'est de savoir en quoi, comment et dans quelle mesure ces maladies ressortissent à l'hydrothérapie, et c'est ce que l'auteur indique avec les plus grands détails et pour chaque cas particulier.

Le chapitre suivant est consacré à l'étude des intoxications et des cachexies. Comme pour les maladies diathésiques, l'auteur commence par présenter ses idées sur ce qu'il faut entendre par intoxication et par cachexie, sur la marche générale des affections, et sur la nature même de l'intoxication. Dans cette étude, l'auteur a adopté l'ordre suivant : en première ligne, le résultat final de toute intoxication chronique, la cachexie, et ensuite les diverses intoxications.

« On s'étonnera, peut-être, dit l'auteur, de voir figurer au milieu des ces états bien définis, dus à une cause attaquable dans certaine limite, la cachexie syphilitique, cette phase ultime de la syphilis tertiaire. Nous pourrions, à la rigueur, soutenir que, dans beaucoup de cas, la syphilis provient, elle aussi, d'un virus, d'un poison extérieur; mais nous nous tairons sur ce point, pour ne pas être taxé de subtilité; car ce qui nous intéresse, au point de vue de l'hydrothérapie, c'est ce qu'on entend par infection syphilitique, état morbide constitutionnel qui, en se généralisant, imprime à la constitution des altérations bien déterminées. Cette manifestation morbide, nous la rangeons à côté des cachexies de cause externe; elle représente une cachexie spécifique et analogue, sur bien des points, aux dernières manifestations des diathèses. »

Parmi les intoxications les mieux étudiées, nous citerons l'alcoolisme, sur lequel l'auteur

s'est longuement étendu, la syphilis, et principalement les maladies paludéennes. Après avoir exposé le traitement général de celles-ci, l'auteur prend à part une de leurs manifestations, la fièvre intermittente, l'étudie à fond, et en expose un traitement précis et détaillé qu'il faut lire.

Le chapitre se termine par la maladie d'Addison, affection qui n'est pas classée il est vrai, mais que l'auteur a cru devoir relier aux intoxications. M. Beni-Barde cite une observation de cette maladie dans laquelle on peut voir l'efficacité du traitement hydrothérapique dans ce cas. Dans un autre cas, il n'eut aucun succès et le malade mourut. Néanmoins l'auteur termine son étude en disant : « Toutes les fois qu'on est en présence d'une maladie d'Addison à son début, alors même qu'elle n'est qu'une simple névrose, il faut, sans hésitation, recourir aux médications les plus énergiques, parmi lesquelles il nous paraît juste et fondé de ranger l'hydrothérapie. »

Nous regrettons que le défaut d'espace nous oblige à ne donner qu'une indication sommaire des importants chapitres dans lesquels l'auteur étudie les maladies de l'appareil locomoteur, qu'il divise en trois groupes : 1° celles qui se rattachent au tissu musculaire avec ses dépendances; 2° celles qui envahissent les articulations; 3° celles qui attaquent les os. Dans les affections du premier groupe, l'auteur en décrit une à laquelle il a cru devoir donner le nom de névro-myopathie péri-articulaire :

« Ce titre, dit-il, n'a pas été choisi pour désigner une maladie nouvelle; en l'adoptant, nous avons eu l'intention d'indiquer un ensemble de phénomènes déjà connus qui ont entre eux des relations particulières. Ces phénomènes se manifestent par des douleurs nerveuses et musculaires, par de la myosite, par de la contracture, de la paralysie et de l'atrophie. Et comme ils se localisent et se groupent autour d'une grande articulation, en respectant presque toujours les tissus articulaires, et que, d'autre part, leur évolution a, ainsi que nous le verrons, une allure toute spéciale, nous avons cru nécessaire d'isoler cet ensemble pathologique que nous désignons sous le nom de névro-myopathie périarticulaire. »

Les chapitres consacrés à l'état nerveux, aux névroses et aux névralgies, sont très-importants. Chacune des affections dont traite l'auteur est une sorte de monographie, et cette remarque s'applique à toutes les maladies dont il est question dans cet ouvrage, qui pourrait passer presque pour un traité de pathologie médicale. On pourra même lui faire un reproche de cette abondance, et de ne pas s'être tenu à l'exposition des indications de l'emploi de l'hydrothérapie dans les maladies qu'il passe en revue. Mais M. Beni-Barde a tenu à montrer qu'il n'était pas seulement un doucheur, qu'il était un vrai médecin qui n'est étranger à aucune partie de la science. Nous signalerons dans ces chapitres les articles consacrés à l'hystérie, à la chorée, précédés d'ailleurs de quelques pages intéressantes de pathologie générale sur l'état nerveux. Les conseils formulés par l'auteur pour l'emploi des divers moyens hydrothérapiques dans les cas particuliers, sont empreints d'un grand sens pratique.

Dans les maladies organiques du centre nerveux, l'hydrothérapie ne peut avoir d'action qu'au début, lorsqu'il n'y a pas encore de néoplasie.

Malgré quelques observations signées de noms compétents et dans lesquelles l'hydrothérapie a réussi, l'auteur pense que cette médication est impuissante contre les maladies organiques du cœur. Mais il n'en est pas de même pour les névroses cardiaques, les palpitations, certaines formes d'angine de poitrine, et même le goître exophthalmique, dans le traitement duquel l'hydrothérapie lui a donné de bons résultats.

Parmi les maladies de l'appareil respiratoire, l'hydrothérapie sera profitable surtout aux névroses de cet appareil, l'aphonie, le spasme de la glotte, l'asthme nerveux, le hoquet, le catarrhe bronchique; mais il nie complétement l'efficacité de l'hydrothérapie dans la phthisie pulmonaire.

Parmi les maladies de l'appareil digestif, l'auteur s'étend principalement sur les dyspepsies et les gastralgies, dont il donne une bonne classification.

« Pendant douze années d'une pratique assidue, nous avons essayé, dit l'auteur, tous les systèmes, et nous pouvons déclarer, en toute conscience, que, de toutes les médications, l'hydrothérapie est peut-être celle qui, dans les gastropathies, offre les plus grandes ressources. Seulement, nous devons dire que, les procédés employés variant suivant la nature du mal, on n'est en droit d'espérer une guérison que lorsque le modificateur hydrothérapique choisi correspond à l'élément morbide à combattre. Les insuccès que nous avons éprouvés pour avoir voulu persister dans l'emploi exclusif de telle ou telle méthode nous ont permis de pouvoir indiquer avec plus de précision la ligne thérapeutique à suivre dans tous les cas, et d'éviter, par conséquent, à nos confrères les hésitations que nous avons eues au début de notre carrière. »

La partie de ce chapitre consacrée aux congestions du foie offre aussi un grand intérêt pratique; ces affections sont, en effet, un des triomphes de l'hydrothérapie.

L'ouvrage se termine par deux chapitres consacrés à quelques maladies des voies génito-urinaires chez l'homme et aux maladies chroniques de l'utérus, en tant qu'elles ressortissent à l'hydrothérapie.

Si nous nous sommes un peu étendu sur cet ouvrage, c'est que nous l'avons trouvé véritablement digne de l'attention de nos confrères, que nous l'avons cru utile et rempli de bons enseignements. L'auteur n'a pas besoin d'être encouragé dans ses tendances à pousser l'hydrothérapie vers les voies scientifiques où Fleury, Scoutetten, M. Tartivel et quelques autres, ont cherché à la diriger. La partie clinique dénote un intelligent et sagace observateur. L'ouvrage entier respire la bonne foi, la sincérité. Il n'y a pas d'enthousiasme, mais une appréciation réfléchie et honnête. On peut prédire à cet ouvrage des éditions successives ; qu'il nous permette dès lors de lui conseiller de le réduire à des proportions plus modestes ; il peut, sans nuire à son œuvre, au contraire, en supprimer un assez grand nombre de pages qui ne prouvent, ce dont personne ne doutait, que la bonne érudition et la complète instruction de leur auteur. — A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 novembre 1873. — Présidence de M. Trélat.

Sommaire. — Rapport sur un travail relatif au traitement de la hernie étranglée par la ponction aspiratrice. — De la méthode galvano-caustique. — De la névrite du nerf optique.

La Société de chirurgie a entendu, dans cette séance, des communications intéressantes à divers titres faites par MM. Dubrueil, Trélat et Panas.

M. Dubrueil a lu d'abord un rapport sur un travail de M. le docteur Dieulafoy, relatif au traitement de la hernie étranglée par la ponction aspiratrice.

On sait quelles polémiques la méthode aspiratrice a suscitées dès son apparition, polémiques qui ont retenti dans les Sociétés savantes, et particulièrement au sein de la Société de chirurgie.

L'auteur de la méthode, M. le docteur Dieulafoy, a fait comme le philosophe devant qui on niait le mouvement, il a marché, il a présenté une série d'observations propres à démontrer l'utilité et l'efficacité de la méthode qu'il préconise. Relativement à l'application de cette méthode au traitement des hernies étranglées, il a lu devant la Société de chirurgie un travail contenant 27 obervations qui mettent en relief l'innocuité d'abord, ensuite l'incontestable supériorité de la ponction aspiratrice dans certains cas de hernie étranglée.

L'auteur du rapport, M. Dubrueil, esprit froid et peu enclin à l'enthousiasme, n'accepte pas toutes les conclusions du mémoire de M. Dieulafoy. Il n'admet pas que la ponction aspiratrice doive être le premier moyen de traitement à employer avant tout autre, en présence d'une hernie étranglée ; il pense qu'un taxis modéré, toujours inoffensif, devra précéder toute autre médication ; mais il n'hésite pas à reconnaître, dans un haut esprit d'impartialité, que « la ponction aspiratrice réalise un progrès réel dans le traitement de la hernie étranglée. » Telle a été la conclusion de son rapport.

L'opinion de M. Dubrueil a été corroborée par les déclarations de MM. Verneuil et Trélat, qui ont dit avoir obtenu les meilleurs résultats de la ponction aspiratrice dans certains cas de hernie étranglée compliquée d'épanchement séreux du sac péritonéal. L'évacuation du liquide a permis à la fois de préciser le diagnostic douteux et de réduire facilement et rapidement la hernie contre laquelle avaient échoué jusqu'alors des essais multiples de taxis. M. Verneuil a insisté sur l'avantage que procure la ponction aspiratrice de permettre d'exercer directement le taxis sur l'intestin, qui n'est plus masqué par la présence du liquide. La ponction évacuatrice est ainsi à la fois exploratrice et curative. M. Trélat a parlé dans le même sens que M. Verneuil. Il est vrai de dire que M. Sée (Marc) n'a pas accordé aux faits de MM. Trélat et Verneuil la signification que ces derniers leur ont donnée ; il a pensé que la ponction avec un simple trocart eût produit les mêmes résultats que la ponction avec l'aspirateur Dieulafoy. Mais M. Sée ne s'est pas montré l'ennemi de l'aspiration. Seul M. Desprès s'est déclaré l'adversaire irréconciliable de la méthode et lui a prédit l'avenir le plus sinistre. Pour lui, il n'y a d'autre traitement de la hernie étranglée que la kélotomie.

Après la lecture et la discussion du rapport de M. Dubrueil, M. Trélat a fait une communication des plus intéressantes sur la galvanocaustie, en déposant sur le bureau deux observations de tumeurs érectiles enlevées à l'aide de l'anse galvano-caustique.

Le sujet de la première observation est un enfant de 3 ans, qui portait à la région dorsale une tumeur érectile congénitale mesurant 4 centimètres dans un sens, 5 dans l'autre et 18 mil-

limètres d'épaisseur. L'opération fut pratiquée le 6 août 1873. La tumeur fut artificiellement pédiculisée à l'aide de quatre épingles longues et fines passées parallèlement sous sa base et d'un fil de soie serré au dessous d'elles. L'anse coupante fut appliquée sur le fil de soie et mise en action à l'aide d'un courant très-faible. La section dura quatre minutes. Il ne s'écoula pas une goutte de sang, pas plus sur la surface de la tumeur détachée que sur la surface de la plaie. Les suites de l'opération ont été absolument simples; aucun accident, nulle hémorrhagie secondaire, et, quoique la cicatrisation ait été lente, la guérison est aujourd'hui complète et définitive.

Le sujet de la deuxième observation est un enfant de 3 ans 1/2, portant sur la région acromio-deltoïdienne droite une tumeur érectile qui avait à peine le volume d'une cerise au moment de la naissance et qui, au moment de l'opération, faisait une saillie de 5 centimètres et avait un diamètre de 8 centimètres. L'opération fut pratiquée le 6 août : pédiculisation de la tumeur à l'aide de six épingles et d'un fil de soie; section très-lente (près de six minutes) par l'anse coupante. Au moment où l'anse était tout à fait serrée, un très-petit vaisseau laissa suinter quelques gouttes de sang promptement arrêtées au contact du stylet galvano-caustique modérément chauffé. A part un petit séquestre qui se détacha dans les premiers jours d'octobre, il n'y eut aucun accident; la guérison est aujourd'hui complète et la cicatrice solide.

Ainsi, dans ces deux cas, la cure a été obtenue complète et sans entraves; l'opération, facile et rapide, n'a été suivie d'aucun accident; enfin, la plaie a présenté un caractère de simplicité et de siccité extrêmement favorable à la marche ultérieure des phénomènes de réparation. Ce sont là, suivant M. Trélat, des avantages réels auxquels d'autres méthodes peuvent prétendre, mais qu'elles ne dépassent assurément pas sous aucun rapport.

M. Trélat expose ensuite, sous forme de propositions, ce que son expérience de l'emploi du galvano-cautère lui a permis de constater.

Les galvano-cautères, dit-il, ont pour caractère fondamental, quels que soient leur forme et leur volume, de pouvoir être portés à tous les degrés de température, selon la volonté de l'opérateur, et maintenus au degré voulu pendant un temps variable suivant la pile, mais suffisant pour la pratique de toutes les opérations.

Cette condition précieuse de variabilité ou de fixité de la température, dans des instruments dont la partie active est toujours peu volumineuse, permet des actes opératoires tantôt délicats et très-précis, tantôt, au contraire, énergiques et prolongés.

Les instruments galvano-caustiques utiles sont au nombre de trois : le stylet ou couteau formé par un fil plus ou moins épais doublé parallèlement à lui-même; le cautère, dont le fil enroulé en spirale constitue une olive incandescente; enfin l'anse coupante, sorte de serre-nœud à la fois constricteur et caustique.

Le stylet ou couteau porté au rouge vif est un cautère mince et fixe. Il coupe les tissus comme un bistouri ou les perce comme un trocart, mais la plaie ou la piqûre saignent. Au rouge sombre, et surtout au rouge pâle, la section est exangue, mais elle s'opère avec une grande lenteur.

Le cautère galvanique n'est utile qu'au rouge vif. C'est un instrument de destruction ignée. La minceur de la tige qui le porte et la vive lumière qu'il projette, permettent de le faire agir avec sécurité et précision dans la profondeur des cavités naturelles ou accidentelles.

L'anse coupante doit toujours être employée à une température peu élevée, à peine rouge; pendant toute la durée de la section, elle doit étreindre fortement les parties à diviser. Dans ces conditions, le fil coupe par minute une épaisseur de tissus de 10 à 15 millimètres par une action lente, régulière et continue.

Au contraire, le couteau et le cautère se refroidissent par leur contact avec les tissus, et surtout les liquides. Il est nécessaire de les relever et de les réappliquer incessamment pour obtenir une action efficace.

L'eschare du cautère galvanique ressemble à celle du cautère actuel. Elle est irrégulière et présente des parties mortifiées jaunes ou grises, et d'autres tout à fait carbonisées et noires. Comme agent destructeur, le cautère actuel est plus puissant en raison de sa masse; aussi doit-on réserver le cautère galvanique pour les cavités profondes et pour certaines cautérisations où l'intensité et la rapidité sont les indications dominantes.

L'eschare de l'anse coupante est plane, unie, régulière, d'une couleur brun-jaune ou gris-jaune; son épaisseur dépasse rarement 1 millimètre. Elle est absolument sèche. L'hémostasie est donc complète, mais l'expérience apprend que la puissance hémostatique ne serait pas durable si on avait sectionné des artères d'un trop gros calibre; en d'autres termes, on doit redouter les hémorrhagies secondaires à cause de la minceur de l'eschare. C'est une question de mesure, mais on sait dès aujourd'hui que les vaisseaux de la langue, du corps caverneux, du cordon testiculaire, des angiomes et des carcinomes sont solidement oblitérés par l'anse coupante.

La douleur est à peu près nulle et la plaie se comporte comme toutes les plaies de cautérisation : pas de sang, pas de caillots, nulle substance putride ; quand l'eschare tombe elle est chassée par la couche des bourgeons charnus. La cicatrisation est, il est vrai, un peu lente ; mais on a sauté, pour ainsi dire, à pieds joints, par dessus les chances toujours redoutables des premiers jours du traumatisme.

M. Trélat pense que la méthode galvano-caustique doit prendre un rang définitif dans la pratique ; le perfectionnement incessant de l'appareil instrumental ou de l'outillage aidera puissamment à ce résultat. Suivant lui, la galvano-caustie est souvent une ressource, parfois une méthode de choix, dans quelques cas une méthode de nécessité ; dans certaines circonstances, elle vaut les autres méthodes sans les dépasser ; dans d'autres, elle leur est supérieure ; dans quelques-unes, elle seule satisfait aux indications. En présence du bistouri, de la cautérisation chimique, de la cautérisation ignée et de l'écraseur, le rôle de la science est de déterminer les motifs du choix ou les indications, le rôle de l'art est de les reconnaître et d'y satisfaire.

Dans presque tous les cas où le cautère actuel est indiqué, le galvano-cautère peut être employé. Le galvano-cautère est infiniment supérieur chaque fois que, la cautérisation devant être précise et limitée, il y a lieu de se servir d'un instrument délicat. Toutes les cautérisations pénétrantes et pongitives, celle des fistules profondes, du sac lacrymal et du canal nasal ; celle des hémorrhoïdes ; celle des tumeurs érectiles de petit ou de moyen volume, s'exécutent avec une précision et une sûreté auxquelles ne saurait atteindre aucune forme de cautère métallique chauffé au feu.

Ce moyen est particulièrement précieux, chez les enfants, pour les angiomes situés au pourtour des orifices naturels, et surtout des paupières. M. Trélat a eu plusieurs fois l'occasion de l'employer avec succès dans des cas de ce genre.

Il a eu également lieu de se louer de son emploi chez une dame âgée de 74 ans et atteinte d'un squirrhe du sein menacé d'ulération très-prochaine. Il n'a pas été dépensé plus de 10 grammes de chloroforme ; l'opération a duré huit à neuf minutes, et il n'y a pas eu effusion d'une seule goutte de sang.

Suivant M. Trélat, l'application, plusieurs fois suivie de succès, de l'anse galvano-caustique, *sans opération préliminaire*, au traitement des polypes naso-pharyngiens, est une voie nouvelle ouverte aux chirurgiens. Il a pu sauver, par ce moyen, la vie à un jeune homme atteint de polype naso-pharyngien ayant amené les accidents les plus graves et qui menaçaient de devenir prochainement mortels.

Pour des cas de ce genre, la galvano-caustie devient une méthode de nécessité, parce que, dans son mode d'action, elle est infiniment supérieure à toute autre. Chaque fois qu'on a à détruire par la cautérisation un néoplasme situé au fond de la gorge sans creuser de voie artificielle préalable et large, rien ne vaut le cautère électrique.

La séance s'est terminée par une communication de M. Panas, relative à une observation de névrite du nerf optique. Nous reviendrons sur cette communication dans un prochain numéro.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

VARIÉTÉS

UNE FABRIQUE DE MÉDECINS

Le *New-York Times* publie sous ce titre l'article suivant :

« Il est reconnu depuis quelque temps qu'une institution de Philadelphie, pourvue d'une charte, a pour habitude de vendre des diplômes, et que son tarif est aussi régulièrement fixé que si elle l'avait annoncé publiquement. Cette institution, ainsi qu'il résulte de circulaires et de lettres publiées en son nom, pratique ses fraudes sur une vaste échelle et avec des soins minutieux. Elle est prête à conférer les degrés D. D. (docteur en théologie), L. L. D. (docteur en droit), ou M. D. (docteur en médecine), au choix de l'acheteur ; et elle promet que le diplôme sera écrit sur parchemin et en bon latin. Ces diplômes trompeurs ne sont naturellement convoités que par des ignorants, qui obtiennent ainsi autorisation apparente d'essayer leur chance dans les guérisons de l'âme ou du corps. Cette institution, connue sous le nom de *American University of Philadelphia*, a fait, avec ses diplômes irréprochables en la forme, un mal incalculable. Ses prétendus diplômés vivent habituellement à la campagne, dans les localités où, n'étant pas en contact avec des praticiens compétents, ils peuvent rester longtemps, sans être découverts. Leur incapacité finit cependant par se découvrir, et le résultat de cette découverte est de faire mépriser dans beaucoup de communautés la science et la pratique de la médecine. Un autre tort causé au public par cette entreprise frauduleuse, c'est d'amener beaucoup de

personnes à la confondre avec l'*University of Pensylvania*, confusion nuisible dans une certaine mesure à l'utilité d'une institution honorable et méritoire.

« Outre cela, et ce qui est peut-être pis, à cause de la difficulté du remède, ces marchands de diplômes illégitimes ont attiré le discrédit en Europe sur notre réputation nationale. Le fait est prouvé péremptoirement par plusieurs lettres communiquées au maire Stokeley, de Philadelphie. Il résulte de ce document qu'un « docteur P. F. A. Van der Vyver, de Jersey (Angle- « terre), a inondé le continent européen d'offres de concession de diplômes à qui en désire, « moyennant un prix qu'il fixe à 120 dollars, outre les honoraires et dépenses ». Il entend par là, à ce que nous présumons, les honoraires et les dépenses des cours de l'Université dans laquelle le récipiendaire du diplôme n'a jamais mis les pieds. Dans ces lettres, il se donne pour « l'agent des délégués de l'*University of Philadelphia*, qui est une des plus célèbres des « États-Unis. » De plus, il se déclare prêt à concéder le diplôme de « docteur *in absentiâ*, » ce qui a causé un grand scandale. Le docteur Mintzer, contraint d'admettre que cette Université est pourvue d'une charte, écrit de Vienne :

« Des professeurs et médecins autrichiens m'ont demandé si cette Université a une autori- « sation légale. L'effet de l'explication était quelquefois amusant, mais triste le plus souvent. « Quelques-uns, d'après leur éducation monarchique, leur révérence du pouvoir et le respect « de la loi, doutaient évidemment de la possibilité d'une semblable condition et n'admettaient « mes explications que sous beaucoup de réserves, pendant que d'autres arrivaient à la fâcheuse « conclusion que notre législature est corrompue, nos lois avortées et nos citoyens indifférents « à la justice, dès l'instant qn'un si grand mal est toléré. »

« Un autrichien éminent écrit au docteur Mintzer : « Qu'une pareille chose soit tolérée un « seul jour dans un pays comme l'Amérique, c'est ce que je ne puis comprendre. Mais qu'en « penser lorsqu'elle existe depuis des années ! » On voit donc que cette « Université » nous fait juger à l'étranger sous un jour odieux.

« Les journaux de Philadelphie publient la charte accordée à cette institution par la législature de la Pensylvanie, le 26 mars 1867, et bien que la nature néfaste de ses agissements depuis des années soit trop évidente, il existe quelque doute sur un point : savoir, si la loi conférant cette charte a jamais été abrogée. Un journal déclare qu'elle ne l'a pas été et il s'en réfère à une décision du juge Agnew, « portant qu'un comité de la législature n'a pas le pou- « voir judiciaire de faire des investigations sur les actes d'une corporation et de déclarer que « cette corporation a été coupable d'actes illégaux ». Mais il est agréable d'apprendre que le peuple de Philadelphie n'est pas indifférent au scandale et qu'il n'est pas entièrement dépourvu des moyens de le supprimer. Une résolution passée par le Conseil communal requiert l'attorney général de l'État d'émettre un vrit de quo warranto pour faire une enquête sur la légalité des diplômes médicaux délivrés par cette institution. Il doit y avoir quelque moyen légal de mettre fin à une pratique aussi déshonorante et aussi préjudiciable à toute la nation. »

FORMULAIRE

Traitement de la dysenterie par la viande crue.

Le docteur Guglielmo Pensa cite plusieurs observations de malades atteints de dysenteries très-graves qui avaient résisté aux purgatifs huileux, et qui ont cédé rapidement à l'usage de boulettes de viande hachée menu. Il suspendait à peu près complétement l'usage des boissons, et ne donnait que du vin, ou une infusion aromatique. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 11 Novembre 1775.

11 novembre 1775, à Versailles, brevet de médecin ordinaire des enfants de France pour le sieur Pierre-Édouard Brunyer, médecin consultant des camps et armées, ci-devant premier médecin de l'hôpital militaire de Metz, actuellement médecin de l'Infirmerie royale de Versailles. (*Arch. de l'Emp.*, O 120, page 255.) — A. Ch.

COURRIER

Faculté de médecine de Nancy. — Nous recevons de Nancy, dit la *Gazette hebdomadaire*, et nous sommes heureux de publier la note suivante :

« La Faculté de médecine, transférée de Strasbourg à Nancy, après une année d'existence, fait sa rentrée scolaire de 1873-1874 dans des conditions matérielles notablement améliorées et qui répondent aux nécessités de l'enseignement.

Les cliniques de la Faculté sont complétement transformées ; grâce au généreux concours de l'administration municipale, du conseil municipal et de la commission administrative des hospices, la Faculté retrouve les quatre cliniques magistrales qu'elle avait à Strasbourg. Un hôpital nouveau, placé dans d'excellentes conditions hygiéniques, reçoit les deux cliniques chirurgicales, qui, jusqu'ici réunies en une seule, se trouvaient à l'hôpital Saint-Charles. Les deux cliniques médicales restent dans cet hôpital, et profitant de l'espace que leur laisse l'éloignement des services de chirurgie, présentent de meilleures conditions de salubrité.

La clinique obstétricale occupera le nouveau bâtiment que l'administration départementale vient de faire construire à la Maison de secours. La Faculté possède, en outre, une clinique d'ophthalmologie, à Saint-Charles, une clinique des maladies des vieillards, à l'hôpital Saint-Julien, et une clinique des maladies syphilitiques et cutanées à la Maison de secours. Il y a lieu d'espérer que, dans un avenir prochain, la clinique des maladies des enfants pourra être ouverte.

L'amphithéâtre des dissections a été agrandi; c'est une amélioration notable dans l'état hygiénique de ce service.

La Faculté met à la disposition des élèves les trois laboratoires de chimie physiologique et pathologique, de physiologie expérimentale et d'histologie pathologique. Les élèves y sont tous exercés par séries, et à ce point de vue, grâce à la libéralité du ministre, la Faculté de Nancy présente l'organisation la plus complète. La bibliothèque, largement pourvue, surtout d'ouvrages récents, et la salle de lecture sont placées dans la Faculté même.

L'École supérieure de pharmacie possède maintenant un laboratoire qui lui permet de développer les études pratiques; ses élèves, l'année dernière, avaient été reçus dans le laboratoire de la Faculté des sciences.

Les constructions pour l'installation définitive de la Faculté de médecine sont poursuivies avec une grande activité, et tout fait prévoir que, pour la rentrée de l'année prochaine, le vaste bâtiment, qui répond si bien à sa destination, sera mis à la disposition de la nouvelle École. »

PÈSE-BÉBÉS. — A l'Académie des sciences morales et politiques, à propos d'un travail fait par M. Levasseur sur le résultat de ses observations à l'exposition de Vienne, en ce qui concerne l'éducation de l'enfance, M. Levêque a signalé un berceau envoyé à cette exposition par M. le docteur Goussin (de Bellevue), et combiné de manière à indiquer le poids de l'enfant. D'un autre côté, M. Husson a donné d'intéressants détails sur d'autres berceaux-balances essayés dans les hôpitaux de Paris et destinés aussi à faire connaître le poids successif de l'enfant. Cet instrument vient en aide à la surveillance administrative. Il est, en effet, certain que toutes les deux ou trois semaines la différence de poids fournit sur le traitement du nourrisson une indication qui n'est pas à dédaigner. Mais la nécessité de déshabiller les enfants n'est pas sans inconvénients. (*Gazette hebdomadaire.*)

LA MORTALITÉ EN RUSSIE. — Nous trouvons dans le *Monde russe* un article statistique de la mortalité en Russie, que nous allons résumer pour les mettre en regard des données sur la statistique des mariages, communiquées à nos lecteurs il y a quelque temps. Dans le courant de l'année 1867 il y a eu en Russie 2,239,652 décès, ce qui, par rapport au chiffre total de la population de cette année, compose 3,6 p. 100, soit 35,8 décès par 1,000 habitants. De prime abord, ce chiffre paraît très-élevé lorsqu'on le compare aux données recueillies par les autres pays de l'Europe. En effet, l'ouvrage de M. Kolb sur la statistique comparée donne pour la Prusse : 26,8 décès pour 1,000 habitants, pour la Belgique 23,7, pour la France 23,2, pour l'Angleterre 22,5, pour la Suède 21,4 et pour l'Italie 32,7.

Mais le chiffre des décès n'acquiert sa vraie signification que lorsqu'on le place en regard de celui des naissances. Or, en envisageant la question sous ce point de vue, nous obtenons les résultats suivants :

	Sur 1,000 habitants. Naissances.	Décès.	Chiffre des naissances sur 100 décès.
Prusse	38,4	26,8	143,6
Belgique	32,9	23,7	142,4
France	26,3	23,2	113,6
Angleterre	35,1	22,5	156,0
Suède	27,5	21,4	130,9
Italie	37,1	32,7	115,8
Russie	49,0	35,8	138,5

Il en résulte donc que la mortalité plus grande en Russie n'est due qu'au nombre plus considérable des naissances, et dès lors notre pays est loin d'offrir une situation aussi désavantageuse qu'elle paraissait à première vue.

Voici quelques chiffres relatifs à la mortalité mise en rapport avec l'âge des décédés ; 1,000

décès se répartissent sous ce point de vue de la manière suivante : au-dessous de 1 ans, 336,76; de 1 à 5 ans, 209,01; de 5 à 10 ans, 48,01; de 10 à 15 ans, 20,42; de 15 à 20 ans, 21,26; de 20 à 25 ans, 24,11; de 25 à 30 ans, 25,50; de 30 à 35 ans, 25,20; de 35 à 40 ans, 29,52; de 40 à 50 ans, 62,76; de 50 à 60 ans, 68,05; de 60 à 70 ans, 72,13; de 70 à 80 ans, 43,69; de 80 et au delà, 13,43; âge inconnu, 0,15.

La différence des sexes exerce une influence sur la répartition des décès suivant l'âge des décédés, comme on peut en juger par le tableau suivant :

	Décès sur 100 habitants. Sexe masculin.	Sexe féminin.
Au-dessous de 1 an.....	35,3	31,9
De 1 à 5 ans	20,7	21,1
De 5 à 10 ans	4,8	4,7
De 10 à 14 ans	1,7	1,6
De 14 à 17 ans	1,1	1,2
De 17 à 20 ans	1,4	1,3
De 20 à 30 ans	4,7	5,3
De 30 à 40 ans	5,1	5,6
De 40 à 50 ans	6,3	6,3
De 50 à 60 ans	6,5	7,1
De 60 à 70 ans	6,7	7,6
De 70 à 75 ans	2,5	2,6
De 75 à 80 ans	1,8	1,8
De 80 ans et au delà	1,4	1,3

— Dans la séance du 6 novembre courant, sur le rapport de M. Riant, le Conseil municipal de Paris a émis un avis favorable à la reconnaissance de la Société de médecine légale comme établissement d'utilité publique.

CLINIQUES DE LA FACULTÉ. — *Hôtel-Dieu.* — M. le professeur RICHET commencera les leçons de clinique chirurgicale aujourd'hui mardi 11 novembre. — Leçons le mardi et le samedi, à 9 heures 1/2. — Le jeudi, opérations.

M. le professeur BÉHIER commencera ses leçons de clinique médicale le mercredi 12 novembre.

Pendant le semestre d'hiver, les leçons auront lieu tous les mercredis, à 9 heures 1/2.

Les lundis et vendredis, démonstrations au laboratoire, par MM. Ernest Hardy et Liouville, à 10 heures.

Visites et interrogations tous les jours, dans les salles des malades, à 8 heures 1/2.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur Lailler commencera des conférences cliniques sur les affections cutanées le vendredi 14 novembre, à 8 heures 1/2 du matin, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

CLINIQUE MÉDICALE. — M. le docteur T. Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses leçons de *clinique médicale*, dans l'amphithéâtre n° 3 de cet hôpital, le mardi 18 novembre 1873.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 7 novembre on a constaté 836 décès, savoir :

Variole, 0 décès; — rougeole, 15; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 20; — érysipèle, 5; — bronchite aiguë, 35; — pneumonie, 55; — dysenterie, 5; — diarrhée cholériforme des enfants, 3; — choléra infantile, 0; — choléra, 11; — angine couenneuse, 7; — croup, 17; — affections puerpérales, 5; — affections aiguës, 209; — affections chroniques, 366 (dont 184 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 65; — causes accidentelles, 16.

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 26 octobre au 1er novembre : 1,652. Variole, 2; rougeole, 103; scarlatine, 12; fièvre typhoïde 38; érysipèle, 9; bronchite, 270; pneumonie, 113; dysenterie, 4; diarrhée, 21; choléra nostras, 1; diphthérie, 10; croup, 17; coqueluche, 41.

ROME. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 20 au 26 octobre : 161. Variole, 1; rougeole, 0; fièvre typhoïde, 3; érysipèle, 1; bronchite, 7; pneumonie, 13; diphthérie et croup, 3.

Le numéro de ce jour contient un Supplément de huit pages.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jolly est bravement monté à la tribune et a lu un discours étendu contre l'importation et la contagion du choléra. Il nous convient que toutes les opinions soient librement reproduites dans l'UNION MÉDICALE; aussi publions-nous le discours de l'honorable M. Jolly. Si Dieu veut que nous vivions longtemps, nous lui demandons la grâce de conserver à l'âge de M. Jolly les facultés de l'esprit dont il a fait preuve dans ce discours. M. Jolly, octogénaire, pouvant produire à la tribune de l'Académie un discours semblable à celui qu'il a fait entendre hier, nous a rappelé une très-belle page que M. le professeur Chauffard écrivait naguère dans le *Correspondant*, et que nous lui demandons la permission de reproduire ici :

Dans la vie régulière, la pensée est la fonction qui, entre toutes, subsiste le plus longtemps dans sa force et dans son accroissement. La vieillesse affaiblit déjà nos tissus, que l'intelligence conserve tout son éclat, et souvent acquiert sa plus souveraine élévation. Aussi « les restes d'une voix qui tombe et d'une ardeur qui s'éteint » ont-ils fait entendre les plus sublimes accents de l'éloquence humaine !

N'est-ce pas là un spectacle saisissant, et ne nous apporte-t-il pas, si on sait bien le voir, des lumières inattendues sur les destinées immortelles de l'âme humaine? Si tout ce qui s'engendre dans notre âme, si tout ce qu'elle acquiert et s'assimile, subsiste et fait partie de sa propre substance, si elle ne perd rien et toujours grandit et s'élève, alors que, d'autre part, le cours de la vie a pour pendant nécessaire le cours incessant d'une mort cachée, alors que les fonctions purement vitales se dégradent irrésistiblement et ne sauraient conserver l'apogée auquel elles atteignent graduellement, n'y a t-il pas, dans cette opposition des choses, comme un témoignage direct que l'âme, à travers l'évolution humaine, loin de faiblir et de s'épuiser, a pour destinée de se fortifier, de s'épurer, de s'étendre dans le domaine des choses intelligibles, et cela tant que l'organe ne refuse pas son concours à la pensée? De cette croissance indéfinie qui est sa loi et sa fin, n'y a t-il pas à conclure que la mort est étrangère à l'âme, que cette portion de nous échappe à la destruction qui est la loi de l'autre portion; que l'âme intelligente ne perdant rien et s'accroissant toujours, à travers son œuvre terrestre, est destinée à cette œuvre? Dans l'ordre vivant, rien ne meurt d'un seul coup; tout meurt, au contraire, d'une action lente et continue qui commence à la naissance, se poursuit avec une intensité variable durant toute la vie, pour finir par une extinction dernière, par une ruine définitive. Si cette mort continue, progressive et fatale, n'atteint pas l'âme qui pense, n'est-ce pas parce que cette âme ne meurt pas et ne saurait mourir, et que, à l'opposé du corps qu'elle anime, elle est vouée à l'immortalité? La physiologie, ou la science de ce qui naît et de ce qui meurt, fournit ainsi son appui à la science de ce qui ne meurt pas, et apporte à un dogme, espoir et gloire de la nature humaine, une preuve qui n'est peut-être pas sans valeur, quoiqu'elle ait été laissée dans l'ombre. L'étude de la vie est donc loin de conduire par elle-même à des négations dégradantes. Elle affermit plutôt les plus hautes croyances. La science de l'âme intellectuelle et celle de l'âme vivante se soutiennent et se fortifient, en entretenant un mutuel et intime commerce. « Plût au ciel, écrivait Leibnitz à l'hôpital, qu'on pût faire que les médecins philosophassent, ou que les philosophes médicinassent ! » Quelle profondeur dans le souhait de Leibnitz! Malheureusement, jusqu'ici, il s'est peu ou mal réalisé. Les médecins, philosophant, ont trop souvent très-mal philosophé; et les philosophes n'ont guère médiciné qu'en ignorant la médecine.

M. Jolly, dont les fermes croyances n'ont pas besoin d'être converties au spiritualisme, se trouvera heureux que l'insénescence de son esprit ait été l'occasion de rappeler ici des principes philosophiques dont les médecins, par cela même qu'ils sont médecins, devraient être les plus ardents propagateurs.

ALIMENTATION PUBLIQUE ; PISCICULTURE. — En annonçant récemment la mort de M. Coste, nous disions que l'avenir réservait une belle place à la science de la pisciculture. Les résultats pratiques, très-remarquables, que cette science a jusqu'ici donnés dans tous les pays de l'Europe, viennent d'être exposés par M. Bouchon-Brandely, secrétaire adjoint au Collége de France, dans un rapport adressé à M. le Ministre de l'instruction publique. Le rapport conclut à la création, dans les bassins de la Seine, de la Loire, de la Garonne et du Rhône, de quatre grands établissements chargés de repeupler ces fleuves et leurs affluents, et d'appliquer les découvertes dont la valeur aurait été reconnue.

CONSTITUTION MÉDICALE

JUILLET, AOUT ET SEPTEMBRE 1873

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 24 octobre 1873,

Par M. Ernest BESNIER.

VI. AFFECTIONS DES VOIES DIGESTIVES. — Chaque année, les affections diverses que, dans l'état imparfait de la nomenclature statistique, on désigne sous le nom de *diarrhées*, subissent, au mois d'août, une exacerbation considérable et *brusque*, soit dans le nombre, soit dans la gravité; cette exacerbation dans les années communes est essentiellement éphémère, et elle fléchit déjà considérablement dès le mois de septembre. Cette année, les choses se sont passées, au début, comme d'ha-

TABLEAU comparatif indiquant, pour les HÔPITAUX CIVILS, le nombre des cas de diarrhée, la mortalité 1869, 1870, 1872, 1873.

Mois	1867			1868			1869		
	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.
Juillet.....	38	3	7.89	114	13	11.40	45	10	22.22
Août.....	66	4	6.06	176	20	11.42	111	14	12.61
Septembre.....	96	15	15.62	116	10	8.62	97	12	12.37
Totaux.....	200	22	11.00	406	43	10.59	253	36	14.22

VII. DYSENTERIE. — Dans les hôpitaux civils, la dysenterie ne règne jamais que dans des proportions relativement très-restreintes : 71 cas et 13 décès pour l'ensemble du trimestre dans tous les hôpitaux civils. Un peu plus de fréquence dans les hôpitaux militaires, mais beaucoup moins de gravité de la maladie.

Hôpital militaire Saint-Martin. — M. le docteur Cabrol :

En septembre, 15 cas de dysenterie aiguë, venant tous de Courbevoie; généralement compliqués d'état saburral, mais dans aucun cas d'état bilieux. Douleur abdominale généralisée; pression pénible sur la région splénique, sans hypertrophie évidente de la rate. Affection en général peu rebelle et facilement justiciable d'un traitement approprié dans l'espace d'un septénaire. Un seul décès, avec accidents cholériformes après un séjour de onze jours à l'hôpital.

A l'*autopsie* : Colite ulcéro-membraneuse; psorentérie de l'intestin grêle; pleurésie purulente à gauche.

Hôpital militaire du Gros-Caillou. — M. le docteur Champenois :

Dysenterie : 94 cas; 5 décès. La maladie a plus particulièrement atteint le 74e de ligne, le 30e bataillon de chasseurs à pied, le 101e et le 102e de ligne; 31 jeunes soldats n'avaient pas plus de huit mois de service; c'est sur cette série qu'a porté toute la mortalité, et que deux fois s'est manifesté l'état typhoïde, une fois l'état cholériforme.

Deux fois, la rate, les reins et le foie avaient subi la réduction condensante que le choléra imprime à ces organes; une fois la *psorentérie* était bien accusée, sans qu'aucun symptôme cholériforme fût intervenu dans le cours de la maladie. *Dans tous les cas, des ulcérations* étaient disséminées à la surface de la muqueuse boursouflée. Dans deux, à la boursouflure, à l'induration, aux érosions se joignait un état *gangréneux* qui expliquait l'état septicémique dans lequel les malades avaient succombé : l'un avec du délire et un hoquet incoercible, l'autre dans les tortures d'un ténesme sans répit, rejetant chaque fois du sang noirâtre.

VIII. AFFECTIONS PUERPÉRALES. — On trouvera dans les tableaux ci-après les renseignements les plus circonstanciés sur l'état actuel de la puerpéralité, non-

bitude, c'est-à-dire que les diarrhées du mois de juillet n'ont été ni plus fréquentes ni plus graves que celles du même mois des années communes, et, pour mettre le fait hors de doute, j'ai produit dans le tableau ci-après le mouvement des hôpitaux relatif à cette affection pour les trois mois correspondants de six années consécutives, et calculé la mortalité suivant le mois, le trimestre et l'année; or, on pourra s'assurer, par la lecture facile de ce tableau : 1° que le nombre des diarrhées du mois de juillet est inférieur à la moyenne commune de ce mois, et que la mortalité dépasse à peine la moyenne; 2° que l'augmentation correspondant au mois d'août est peu accentuée, et même que la mortalité a fléchi; 3° enfin, que l'accroissement propre au mois de septembre est brusque, que le total des cas dépasse celui du même mois le plus chargé des années précédentes, et que la mortalité reste inférieure à la mortalité moyenne, vraisemblablement parce que la plupart des cas terminés par la mort ont été rapportés aux diarrhées cholériques et inscrits à l'actif du choléra.

et les proportions centésimales pour les mois de juillet, août et septembre des années 1867, 1868,

1870			1872			1873			Totaux		
Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Mouvement.	Décès.	P. p. 100.	Total du mouvement.	Total des décès.	P. p. 100.
65	17	26.15	63	4	6.49	50	7	14.00	375	54	14.40
85	17	19.54	92	13	14.13	98	8	8.16	628	76	12.10
98	18	18.36	97	21	21.64	127	14	11.02	631	90	14.26
248	52	20.96	252	38	15.08	275	29	10.54	1634	220	13.40

seulement dans les hôpitaux, mais encore dans cette nombreuse et intéressante catégorie de femmes qui sont envoyées par l'Assistance publique accoucher chez les sages-femmes de la ville, ou qui sont assistées à domicile par les sages-femmes et les médecins des Bureaux de bienfaisance. Dans le premier tableau, je me suis attaché à mettre en évidence : 1° la *décroissance de la mortalité puerpérale pendant les mois d'été*, décroissance que j'ai plusieurs fois démontré être normale à cette époque de l'année; 2° la *proportion comparée des décès* pour les femmes qui accouchent dans les hôpitaux, chez les sages-femmes, ou à domicile ; 3° le chiffre *réel* auquel s'arrête cette proportion, qui n'avait pas été jusqu'alors nettement dégagé de la cause d'erreur résultant de ce que les décès de femmes accouchées en ville, et qui succombaient à l'hôpital où elles n'étaient amenées qu'après leur accouchement, surchargeaient indûment la statistique hospitalière.

Ce chiffre de mortalité est de 1,15 pour 100, tandis que le chiffre des hôpitaux s'élève à 3,30; différence un peu moins grande qu'on ne l'avait d'abord indiquée, mais qui suffit encore pour que l'Administration persévère avec ardeur dans la voie bienfaisante dans laquelle elle est entrée, et pour que tous les efforts soient faits pour réduire encore dans une grande proportion le nombre des accouchements effectués dans les hôpitaux.

Dans le second tableau, que nous livrons tel qu'il est dressé par M. le Directeur de l'Assistance publique, et qui correspond au premier trimestre de l'année 1873, on pourra voir selon quelle énorme proportion la mortalité a varié suivant les divers établissements; on n'omettra pas de remarquer que certains hôpitaux qui, à d'autres périodes, ont eu d'excessives mortalités, sont au contraire, pour ce semestre, au rang des plus favorisés, et notamment l'hôpital Cochin et la Maison d'Accouchements. Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion, antérieurement, de nous expliquer au sujet de ces explosions épidémiques locales dont la cause est absolu-

PREMIER TABLEAU.

Accouchements	Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.	Août.	Total.	P. p. 100.
Nombre mensuel des *accouchements* effectués dans les HÔPITAUX de Paris.	585	541	530	553	565	579	473	445	4271	
Nombre mensuel des *décès* survenus chez les femmes accouchées dans les mêmes HÔPITAUX.	23	22	22	21	24	14	14	16	156	3.30
Nombre mensuel des *accouchements* de femmes envoyées par l'Administration chez des SAGES-FEMMES de la ville.	208	216	192	150	137	103	85	91	1182	
Nombre mensuel des *décès* pour cette catégorie de femmes.	1	3	4	1	3	1	0	2	15	1.26
Nombre mensuel des *accouchements* effectués à DOMICILE par des sages-femmes des Bureaux de bienfaisance.	970	919	979	900	1003	834	870	797	7072	
Nombre mensuel des *décès* pour cette catégorie de femmes.	2	4	5	2	6	3	2	1	25	0,35
Décès DANS LES HÔPITAUX de femmes ACCOUCHÉES EN VILLE et admises ensuite à l'hôpital.	5	7	12	8	8	4	2	9	55	

DEUXIÈME TABLEAU.

BULLETIN SEMESTRIEL *des Accouchements et des Décès constatés dans les hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs* (1er semestre 1873).

NOMS des ÉTABLISSEMENTS.	NOMBRE des Accouchements.	CAUSES DE DÉCÈS.			MORTALITÉ P. 100.			Décès de femmes non accouchées à l'hôpital.
		Fièvres puerpérales.	Autres causes.	TOTAL.	Fièvres puerpérales.	Autres causes.	TOTAL.	
Hôtel-Dieu.	203	13	7	20	6.40	3.45	9.85	6
Pitié.	225	3	3	6	1.33	1.33	2.66	2
Charité	214	3	6	9	1.40	2.81	4.21	1
Saint-Antoine	195	21	»	21	10.77	»	10.77	11
Necker.	72	11	»	11	15.28	»	15.28	6
Cochin.	335	5	1	6	1.49	» .30	1.79	1
Beaujon	178	8	»	8	4.49	»	4.49	4
Lariboisière.	466	14	»	14	3. »	»	3. »	2
Saint-Louis	449	7	5	12	1.56	1.11	2.67	10
Lourcine	22	1	»	1	4.55	»	4.55	»
Cliniques	331	13	8	21	3.93	2.41	6.34	1
Total.	2690	99	30	129	3.68	1.11	4.79	44
Maison d'accouchements. .	655	6	13	19	» .92	1.98	2.90	»
Total général. .	3345	105	43	148	3.14	1.28	4.42	44

Services administratifs.	Accouchements.	Décès.	Mortalité P. 100
Accouchements effectués à domicile par des sages-femmes des Bureaux de bienfaisance	5605	22	» .39
Accouchements des femmes envoyées par l'Administration pendant neuf jours chez les sages-femmes de la ville	1006	13	1.29

ment inconnue, car elles se produisent ou disparaissent, passent d'un établissement à un autre, naissent ou s'éteignent, sans que rien d'apparent ne soit changé dans les conditions de toute sorte où sont placées les femmes en couches. Mais la question n'est pas épuisée, et nous continuerons à recueillir et à publier tous les documents relatifs à cette étude si digne d'intérêt.

VILLE DE ROUEN. — M. LEUDET.

Dans le troisième trimestre 1873, les maladies régnantes ont été surtout le choléra (1) et la fièvre typhoïde.

Le choléra a débuté dans les premiers jours d'août; voici les chiffres de M. Leudet : En août, 20 cas; 5 morts et 15 guérisons; — en septembre, 21 cas, dont 7 morts; le dernier cas admis dans ce service l'a été le 29 septembre. Depuis lors, il n'y en a pas eu d'autres cas à l'Hôtel-Dieu; mais, il y a quelques jours, 2 cas mortels ont été admis à l'Hospice-Général. Dans ces deux mois, bien que les cholériques fussent mêlés dans les salles aux autres malades, une seule femme, hystérique, y a été prise de choléra et a guéri.

M. Leudet fait remarquer le grand nombre de ses guérisons, et il ajoute que le choléra *algide* tuait dans les vingt-quatre ou trente-six heures, ou provoquait une réaction incomplète. La réaction typhoïde a été exceptionnelle, et M. Leudet l'attribue à ce qu'il a usé avec une grande modération des alcooliques et de l'opium.

Fièvres typhoïdes, service de M. Leudet, à l'Hôtel-Dieu : Janvier, 2 cas; — mars, 1 cas; — avril, 13 cas; — mai, 12 cas; — juin, 8 cas; — juillet, 7 cas; — août, 5 cas; — septembre, 7 cas. Caractère adynamique et ataxique; la diarrhée peu grave; aucun cas n'a été compliqué d'accidents cholériformes.

Peu d'affections de l'appareil respiratoire.

Beaucoup de *catarrhes intestinaux,* tous assez sérieux, avec adynamie, et guérissant en huit ou dix jours. Quelques dysenteries.

En ce moment, état sanitaire bon : sur 88 lits d'hôpital, M. Leudet en a une trentaine de vacants, ce qui n'arrive presque jamais.

VILLE DE DOUAI. — M. MANGIN (3e trimestre 1873).

Décès : Fièvre typhoïde, 5. — Méningite des enfants, 9. — Pneumonie, 4. — Phthisie, 18. — Choléra, 2. — Choléra infantile et entérite aiguë, 7. — Angine couenneuse et croup, 1. — Affections puerpérales, 1. — Diverses affections médicales, 65. — *Id.* chirurgicales, 3. — Causes accidentelles, 6. — Mort-nés, 2. — Total : 123.

VILLE DE LYON. — M. le docteur FONTERET.

La constitution estivale ne s'est pas démentie pendant toute la durée du trimestre. L'état saburral et l'élément infectieux en forment la caractéristique, et les localisations morbides n'ont pas cessé de se faire de préférence sur les organes abdominaux.

Les diarrhées ont été très-fréquentes, s'accompagnant, dès le mois de juillet, d'accidents cholériformes. Leur fréquence et leur intensité se sont accrues en août, pour faiblir en septembre. Il en a été de même pour les diarrhées infantiles.

Le nombre des cholérines ou des indigestions cholériformes, quoique assez élevé, ne dépassait pas de beaucoup, en juillet, celui qu'on observe ordinairement à pareille époque. En août, il est devenu plus considérable, et plusieurs cas de choléra sporadique ont fait explosion.

Les fièvres typhoïdes, assez rares en juillet, ont augmenté de fréquence en août et surtout en septembre, et leur gravité a suivi une progression analogue.

La rougeole a continué de sévir en juillet et en août; elle est devenue très-rare en septembre. Quelques cas de scarlatine durant ce dernier mois. Pas de variole.

Persistance des diphthéries pendant tout le trimestre; cas plus rares en septembre.

Voici le relevé exact des décès dus à ces diverses affections, pour la ville et les hôpitaux :

Rougeole, 26; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 115; — dysenteries, 105; — diarrhées, 409; — cholérines, 122; — choléra sporadique, 6.

Croup, 24; — angines couenneuses, 6.

VILLE DE BORDEAUX.

Juillet. — L'état sanitaire se maintient aussi bon que les mois précédents. A peine a-t-on à

(1) Le *choléra* n'a pas paru à Dieppe. Aux Grandes-Ventes, dans le département, il y en a eu 3 : choléra apporté par un homme venant de Rouen; dans les environs de la ville, il semble éteint.

A Caen, l'épidémie dure. J'ai appris indirectement qu'elle y avait présenté une recrudescence il y a quelques jours. Il serait curieux de suivre ces foyers locaux.

signaler quelques cas d'éruptions (rougeole, varicelle). Les fièvres intermittentes simples et larvées (forme névralgique) sont assez fréquentes.

Août. — Deux affections seulement se font remarquer par leur fréquence et leur gravité : Fièvre typhoïde à forme adynamique (les autres formes, en particulier la forme ataxique, sont exceptionnelles), la fièvre présente, dans certains quartiers, la forme épidémique (une maison hospitalière religieuse en compte trente-neuf cas en moins de trois semaines). Mortalité assez considérable.

Diarrhée cholériforme chez les tout jeunes enfants; très-fréquente et très-meurtrière, sévissant surtout sur les enfants élevés au biberon ou soumis à une alimentation solide trop précoce. — Rien de semblabe chez les adultes.

Septembre. — Même état que le mois précédent en ce qui concerne la diarrhée chez les jeunes enfants.

La fièvre typhoïde disparaît presque en ville, mais on note un certain nombre de cas à la campagne. Quelques communes sont spécialement frappées. Toujours la forme adynamique, avec symptômes gastriques. Peu de mortalité.

Quelques cas de rhumatisme subaigu sans complications.

Ovarites assez nombreuses.

Pas un seul cas de choléra. La cholérine elle-même est relativement rare.

DÉONTOLOGIE EN MATIÈRE SCIENTIFIQUE.

Paris, le 8 novembre 1873.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Monsieur et très-honoré maître,

Monsieur Paulier, dans une lettre datée du 3 novembre et insérée dans l'UNION MÉDICALE, avance que la statistique que j'ai publiée dans mon article sur le « choléra et le chloralum » n'est pas exacte.

Toute protestation est parfaitement légitime lorsqu'il s'agit de faits scientifiques; celle-ci est faite, j'en suis convaincu, en parfaite bonne foi; aussi je m'adresse à la loyauté de M. Paulier, pour qu'il veuille bien rectifier les faits.

M. Paulier, s'il veut avoir l'obligeance de consulter ses notes, verra qu'il a confondu deux infirmières. Une qui avait été placée dans une petite salle près de celle des cholériques, et à laquelle on avait fait une injection sous-épidermique de morphine; je doute fort que cette femme ait jamais présenté des accidents cholériques, et elle n'a pas été soumise au traitement par le chloralum.

L'autre, celle qui a été traitée par le chloralum, était une des infirmières dans le service de M. Paulier; un matin, elle se plaignit à M. Paulier de diarrhée datant de la veille; ce matin-là elle avait eu plusieurs selles rapprochées, les dernières aqueuses (si je fais quelque erreur, M. Paulier aura l'obligeance de me corriger, car j'écris sans notes); M. Paulier lui ordonna un lavement au chloralum. Le lendemain matin, cette femme nous informa que la diarrhée avait cessé, qu'elle avait prit *trois lavements au chloralum* durant la journée; elle nous dit aussi que ces lavements lui avaient occasionné de fortes coliques et des bouffées de chaleur à la tête. Les règles étaient venues dans la journée, et les coliques étaient probablement occasionnées par elles.

La malade atteinte de choléra et qui a guéri, n'a pris, au dire de M. Paulier, que peu ou point de chloralum. Je puis l'assurer du contraire. Le premier jour du traitement, on administra à cette femme *deux lavements au chloralum*; ils furent suspendus l'après-midi, attendu que les règles étaient apparues et qu'elle se plaignait de coliques vives après les lavements. Ici encore, le chloralum a-t-il produit une action sur l'utérus, provoqué les règles et déterminé des coliques? Je ne sais, mais c'est possible. Je lui ai fait boire moi-même de la potasse au chloralum et du bouillon fait avec de l'extrait de viande de Liebig. Il est également vrai que cette femme prit moins de chloralum que les autres, ce qui ne prouve qu'une chose, c'est qu'il n'est pas nécessaire, dans certains cas, d'administrer ce médicament à hautes doses pour en obtenir des effets; c'est, du reste, un point sur lequel j'ai appelé l'attention dans l'UNION MÉDICALE.

Restent les 4 cas de choléra arrivés à la période algide et suivis de mort. J'ai tant insisté sur les principes de la médication antiseptique que je ne crois pas utile d'y revenir. M. Dujardin-Baumetz, plus généreux que M. Paulier, ne prononça pas la condamnation du chloralum, parce qu'il n'avait pas réussi à la période ultime du choléra, et M. Paulier, qui a fait des autopsies de cholériques, a été à même de constater que les lésions pathologiques étaient celles du choléra arrivé à la période de réaction.

En Crimée et en Chine, j'ai eu l'occasion d'observer avec quel dévouement et avec quel talent les chirurgiens français traitaient les braves soldats et marins confiés à leurs soins. Cependant, en Chine surtout, malgré leurs efforts, la mortalité, par suite de fièvres paludéennes rémittentes, était considérable. Faut-il en conclure que la quinine (que ces médecins très-sagement administraient à hautes doses) n'est pas pour cela l'antidote de ces fièvres, et nous faudrait-il condamner la quinine sur le témoignage de quelque bonne femme qui déclarerait qu'elle a échappé à la mort pendant que d'autres, moins heureux, succombaient, parce qu'elle n'avait pris que peu ou pas de quinine?

Je crois que la médication antiseptique, que l'on emploie le choloralum ou d'autres agents de cette classe, est indiquée par la nature du choléra; l'avenir décidera la question. Il se peut que mon espoir ne se réalise pas, il se peut que j'attache une trop grande valeur aux antiseptiques, au chloralum en particulier; mais, de grâce, ne le condamnez pas si légèrement. Nous travaillons tous vers un même but; M. Paulier, en perfectionnant le manuel des injections veineuses, moi avec le chloralum, nous voulons améliorer le traitement encore si empirique du choléra; aidons-nous les uns les autres, la science et l'humanité ne peuvent que gagner à notre union, et que perdre si nous nous disputons sur des questions oiseuses de priorité ou sur des détails peu importants et bien secondaires, lorsqu'il s'agit du traitement d'une maladie aussi terrible que le choléra.

Dr Henry Blanc.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 novembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu négatif des maladies épidémiques pour le département du Var pendant l'année 1872.

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Loir-et-Cher pendant l'année 1872. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Michel Peter, qui se porte comme candidat dans la section de pathologie médicale.

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Chairou. (Accepté.)

3° Une lettre de M. Flandrin, pharmacien, qui signale à l'Académie la présence sur le marché d'une notable quantité d'opium de mauvaise qualité, et la nécessité pour les pharmaciens de contrôler plus exactement la qualité des produits qu'ils achètent.

4° Une lettre du chef du département militaire fédéral de la Suisse, annonçant l'envoi de deux exemplaires du *Nouveau projet d'organisation du service sanitaire de l'armée fédérale.*

5° Un travail manuscrit intitulé : *Étude sur la métrite chronique et sur la médication thermale,* par M. le docteur Lacaze, médecin consultant à Rouzat (Puy-de-Dôme). — (Présenté mardi dernier par M. Moutard-Martin.)

6° Une lettre de M. le docteur Cazalas, qui, à l'occasion de la discussion sur le choléra, soumet à la haute appréciation de l'Académie les travaux suivants, qu'il a publiés sur ce sujet :

1° *Maladies de l'armée d'Orient,* ouvrage dans lequel se trouvent résumées toutes ses recherches antérieures sur les affections cholériques.

2° *Examen théorique et pratique de la question relative à la contagion et à la non-contagion du choléra.*

3° *Complément à l'examen de la question relative à la contagion et à la non-contagion du choléra.*

4° *Rapport à la Société médicale d'émulation de Paris sur les derniers travaux de M. le docteur Tholozan, relatifs au choléra dans l'Inde* (1873).

M. le docteur Cazalas rappelle les conclusions des travaux de M. le docteur Tholozan contraires à la doctrine de l'importation et de la contagion du choléra, ainsi qu'aux mesures quarantenaires; il croit devoir rappeler également la conclusion suivante qui terminait la note qu'il a eu l'honneur de lire à l'Académie dans la séance du 3 avril 1866 :

« La science médicale, en proclamant hautement que le choléra n'est pas contagieux, et les gouvernements en supprimant complétement, radicalement, l'institution des quarantaines et en la remplaçant par un code sanitaire applicable à tous les pays et à toutes les classes d'habitants, rendraient un immense service à l'humanité. »

M. LARREY présente : 1° Un travail manuscrit de M. le docteur Guipon (de Laon), sur quelques modifications apportées aux greffes épidermiques; — 2° une brochure de M. le docteur J. Moreau, ancien médecin militaire, sur l'*hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents.*

M. H. ROGER dépose sur le bureau : 1° Une brochure de M. le docteur Handrogel, sur le traitement des affections du prépuce par l'*orlatomie;* — 2° le premier volume des *Leçons de clinique médicale,* par M. le docteur Michel Peter.

M. DELPECH fait hommage, au nom de l'auteur, M. de Wecker, d'une brochure ayant pour titre : *De l'iridotomie.*

M. DELPECH présente, en outre, le tableau de la situation du choléra, du 4 au 10 novembre inclusivement :

	Hôpitaux civils.			Hôp. mil.	Domicile	Totaux
	Entrées.		Décès.	Décès.	Décès.	des décès.
4 novembre.	1 (dont	0 intér.)	1	0	0	1
5 —	0	0	0	0	0	0
6 —	0	0	1	0	1	2
7 —	1	0	0	0	0	0
8 —	1	0	1	0	0	1
9 —	0	0	0	0	0	0
10 —	1	0	0	0	0	0
Total. . . .	4	0	3	0	1	4

M. Delpech ajoute que la décroissance rapide de l'épidémie cholérique, indiquée par ce tableau, permet d'espérer l'extinction prochaine et définitive de la maladie.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra. — La parole est à M. Jolly.

M. JOLLY : Messieurs, je ne viens point disputer à mes éloquents adversaires, dans la question qui s'agite, des succès oratoires qui leur ont valu de si chaleureux applaudissements.

L'Académie sait que je ne suis ni orateur, ni rhéteur, ni frondeur, et que je ne puis intervenir dans la discussion actuelle qu'avec le simple témoignage de mon observation et de mon expérience; mais, devant une question si vive d'intérêt, si flagrante d'opportunité, je ne voulais laisser à personne le droit de penser que j'ai pu déserter le terrain sur lequel je suis venu, il y a plus de quarante ans, lui apporter le premier résultat de mes études sur la pathogénie du choléra, et je tiens à dire tout d'abord que ces longues années dont je sens tout le poids n'ont nullement fait fléchir mes convictions; c'est que, s'il m'est permis de le dire, elles ont été acquises en dehors de tout intérêt d'opinion et de doctrine, loin de tout entraînement d'esprit de parti, et qu'elles demeurent assises sur des faits rigoureusement observés, froidement médités, et nullement sur des vues purement hypothétiques ou systématiques.

Or, les faits ne changent pas, au gré du temps et du mouvement des esprits; ils sont invariables, immuables comme les principes qu'ils gouvernent, comme la vérité elle-même; ils peuvent bien subir les épreuves individuelles de l'interprétation, mais rien ne saurait en détruire ni en affaiblir la valeur scientifique. Ce qui était vrai en 1832, en 1849, en 1856, est encore vrai en 1873.

Cette simple réflexion sera déjà ma réponse à des insinuations qui se sont produites à cette tribune pour attribuer l'opinion que je défends à un reste de doctrine surannée ou même à un faux libéralisme, et je n'y ajouterai rien que ne puissent savoir et dire ceux qui ont pu me voir à l'œuvre, dans les jours de combat.

Elle répondra aussi à un sentiment plus généreux du noble et digne rapporteur de la commission du choléra pour les années 1855 et 1856, qui, me trouvant seul pour ainsi dire dans un camp délaissé, seul sur une brèche attaquée de toutes parts, semble s'attrister quelque peu de ma situation. Elle est triste, en effet, et je ne me le dissimule pas, triste pour la cause que j'ai la témérité de venir défendre devant tant de périls et contre de si redoutables athlètes. Elle est triste pour moi-même, qui ai pu voir s'éloigner de moi de nombreux collègues que j'estime, que j'aime, et jusqu'à mes plus vieilles affections de cœur; mais, ce qui serait plus triste encore, ce serait d'abjurer ses croyances et sa foi devant les témoignages de sa conscience.

De quoi s'agit-il donc encore aujourd'hui, après tant de débats? Il s'agit toujours de savoir quelle part peuvent avoir, isolément ou concurremment, l'épidémie, la contagion et l'importation dans la génésie, le développement et la propagation du choléra, en vue de leur opposer des mesures d'hygiène publique et de police sanitaire.

C'est là, si je ne me trompe, toute la question, réduite à sa plus simple expression.

En la voyant reparaître si souvent et si vainement dans les Écoles et les Académies, on se

demande si les termes mêmes qui l'expriment ont toujours été bien compris, et s'il ne convient pas, avant tout, de s'entendre sur leur valeur logique. Si ce n'est le moyen d'arriver à la solution de la question, ce sera du moins celui d'abréger la durée du débat.

Et d'abord, le mot *épidémie* n'a guère souffert d'interprétation jusqu'à ce jour; il porte pour ainsi dire avec lui toute sa signification étiologique ; il exprime, sans en préjuger ni la nature, ni l'origine, le simple fait d'apparition spontanée d'une maladie déterminée sur des populations plus ou moins nombreuses et dans des régions plus ou moins étendues, ayant une marche plus ou moins envahissante, et exerçant par sa seule puissance son développement, sa progression, ses sévices. A ces traits généraux l'on ne saurait méconnaître le caractère essentiellement épidémique du choléra, et personne, que je sache, n'a pu encore le nier.

Mais il n'en est pas de même du mot *contagion*, mot malheureux qui, depuis des siècles, reparaît sans cesse dans nos discussions, avec des acceptions différentes, comme pour y jeter à plaisir le doute et l'obscurité ; sorte de Protée qui a su prendre toutes les formes, toutes les couleurs, toutes les proportions voulues, pour se prêter docilement à toutes les divergences d'opinion et de doctrine. Et, toutefois, mot nécessaire que l'on ne saurait rayer vainement du vocabulaire de la science, en ce qu'il traduit un fait pathogénique incontestable, savoir, la transmission d'une entité morbide d'un individu malade à un individu sain, par voie de contact direct ou indirect, et en vertu d'un principe morbigène émanant de l'organisme même, comme condition indispensable, sans laquelle l'acte de contagion ne peut se concevoir ni s'accomplir; pas plus qu'il ne peut exister d'effet sans cause, pas plus que l'on ne saurait donner ce que l'on ne possède pas soi-même.

On voit déjà toute la distance qui sépare la propriété contagieuse de la propriété épidémique, et combien il importe, en pathogénie, de les distinguer comme deux faits qui peuvent être indépendants au double point de vue dogmatique et pratique. Ce qui ne veut pas dire que les deux propriétés épidémique et contagieuse soient absolument incompatibles, et qu'elles ne puissent se réunir dans une étiologie complexe pour concourir ensemble au développement et à la propagation de certaines épidémies dites contagieuses; tel est le cas le plus vulgaire des épidémies de variole, que l'on ne manque jamais de nous apporter comme exemple de simultanéité des deux éléments étiologiques, et comme argument pouvant témoigner de sa propriété épidémique. Malheureusement, l'argument demeure sans valeur dans l'espèce; et, pour le comprendre, il suffit de savoir que l'on ne fait pas à volonté des choléras, comme on fait à volonté des varioles, même en dehors d'un milieu épidémique, et quels que soient les moyens que le zèle, le dévouement, le courage et la témérité ont su inspirer à l'expérimentation pour le démontrer. Des milliers de cholériques n'ont pu faire naître un seul cas de choléra dans des milieux réfractaires à l'épidémie; tandis que partout, et sans acception de lieux, un seul varioleux, une seule pustule variolique a pu procréer des milliers de varioleux. Qu'on ne nous oppose donc pas une telle analogie, en preuve de la propriété contagieuse du choléra.

La question d'origine et d'identité du choléra a-t-elle été plus heureuse quand, pour édifier le dogme de la contagion du choléra, elle a cru pouvoir en faire deux espèces bien distinctes : un choléra asiatique, un choléra européen, un choléra exotique et un choléra *nostras*? Il y a encore lieu d'en douter.

Et d'abord, quoi que l'on ait dit, est-il bien certain que le choléra épidémique ne puisse avoir d'autre origine qu'une origine indienne ? Est-il bien prouvé qu'il ne puisse avoir d'autre cause que le miasme du Gange, quand il a renié tant de fois sa patrie, quand il a pu éclater spontanément et contre toute probabilité dans plusieurs contrées de l'Europe, et notamment en Russie, en Pologne, en Gallicie, en Silésie, et quand, en France même, en 1835, il a pu affecter un début, une progression capables de déjouer toutes les prévisions de la science ?

Ici, je ne fais que poser la question, je ne prétends pas la résoudre. Mais l'origine indienne du choléra fût-elle bien et authentiquement constatée comme condition nécessaire de son existence, serait-elle donc pour cela une démonstration suffisante de sa propriété contagieuse ? Et pourquoi en serait-il autrement que pour d'autres épidémies miasmatiques, pour les fièvres paludéennes, les fièvres pernicieuses même, qui ne sont pas, que je sache, contagieuses ? Elle ne prouverait pas non plus que le choléra ne puisse apparaître également à l'état sporadique et à l'état épidémique. Bien loin de là : toutes les grandes épidémies sont elles-mêmes d'origine exotique; toutes ont su s'expatrier comme le choléra pour devenir cosmopolites, pour s'acclimater plus spécialement dans certaines régions, pour y reparaître aussi bien à l'état sporadique qu'à l'état épidémique, portant toujours avec elles leur type contagieux, leur loi d'incubation, leur privilége d'affranchissement des récidives dont les rares exceptions ne font que justifier la règle. Ce n'est donc pas là encore que vous trouveriez des preuves de contagion du choléra.

Que si le choléra *dit* asiatique est réellement contagieux, pourquoi donc le serait-il seulement dans la condition épidémique et nullement dans la condition sporadique, contrairement

à toutes les épidémies contagieuses, qui, toutes d'origine exotique, s'offrent également à l'état épidémique et sporadique et conservent leur type contagieux dans les deux cas ? C'est ainsi que non-seulement la variole, mais la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, l'angine couenneuse et d'autres épidémies ne se dépouillent jamais de leur propriété contagieuse.

Pour la commodité du dogme de la contagion, vous avez trouvé plus simple de supprimer le cas de choléra sporadique, comme ne devant pas appartenir à l'entité asiatique, esquivant ainsi la question au lieu de la résoudre, sous le prétexte tout au plus spécieux que le choléra indien et le choléra européen ou *nostras* ne sont pas de la même nature. Et qui donc a pu vous le dire? Et qui donc a pu vous initier si facilement à la nature même du choléra, plutôt qu'à la nature des épidémies en général ? Où sont donc les caractères spécifiques des deux espèces? Nul ne saurait le dire, et mon excellent et vieil ami M. Bouillaud a bien su en convenir dans l'exemple qu'il nous a donné.

L'honorable inspecteur général de la santé publique, M. Fauvel lui-même, dans sa double compétence, les cherchait vainement, il y a quelques jours, à l'occasion de l'épidémie du Havre ; il les demandait à une scrupuleuse enquête des antécédents, à un sévère examen clinique même, à l'anatomie pathologique, et sans aucun résultat. Il n'y avait plus que la quotité de malades pour décider la question en vue de mesures sanitaires. Quatre décès par jour, chiffre moyen, ne pouvaient suffire, aux yeux de notre honorable collègue, pour établir un diagnostic différentiel des deux espèces. Ce n'est encore qu'un choléra *nostras;* mais, notez bien le fait, le jour où le nombre des cas de choléra arrive à 7, au lieu de 4, ce n'est plus un choléra normand, c'est un *bengali* pur sang. Et c'est ainsi que les questions d'origine, de nature, d'espèce, de contagion, se résolvent en chiffres pour régler les mesures de quarantaine.

Plus hardi que M. Fauvel dans l'étude du diagnostic différentiel du choléra, le savant professeur de pathologie générale est venu nous en tracer les caractères spécifiques; il a passé en revue tous les symptômes réputés caractéristiques du choléra, tels que diarrhée, vomissements, algidité, cyanose, et n'y a trouvé que des signes équivoques du choléra, insuffisants pour en déterminer la valeur diagnostique et l'identité, en ce qu'ils peuvent être communs à d'autres affections, étrangères même au choléra, et notamment à des cas d'empoisonnement, de péritonite puerpérale, de perforation intestinale, de hernie étranglée et autres cas de chirurgie.

J'ai suivi avec un vif intérêt et une grande attention la longue et brillante leçon que nous a faite à ce sujet le savant professeur de pathologie ; et si M. Chauffard veut me permettre de le lui dire, ni l'idée de ses oppositions et de ses rapprochements, ni le choix de ses exemples comme comparaisons, ni la finesse de ses aperçus cliniques, ni l'attrait de sa parole, ni le charme de sa diction, n'ont pu me démontrer la différence de nature qu'il prétend trouver entre le choléra asiatique et le choléra européen. Il n'avait qu'un moyen de le faire et de convaincre ses adversaires, et ce n'est pas moi qui lui dirai que le moyen était facile ; mais c'était de nous prouver, par voie directe, la propriété contagieuse du choléra asiatique, par opposition à la non-contagion du choléra sporadique ; mais il a préféré s'attacher à la défense de la loi d'importation, comme se présentant plus facilement et plus commodément au dogme de la contagion, et c'est là qu'il a pu trouver son triomphe. —Mais qu'est-ce donc, après tout, que l'*importation?* et quelle valeur scientifique peut-elle donc avoir dans la question? Ce mot, emprunté, comme on le sait, à la langue du commerce international, est loin d'avoir le sens positif que lui assigne son origine. Introduit dans la science de l'hygiène politique, pour y être substitué à celui de contagion indirecte ou à distance, il ne pouvait y prendre d'autre signification; seulement, il exprime, comme fait matériel, une pure abstraction, une inconnue : il admet un corps, une substance qu'il ne saurait démontrer ; il consacre une simple hypothèse comme vérité patente ; ce qui fait qu'il a pu facilement se mettre au service de mesures purement arbitraires dans l'exercice de la législation internationale.

Ce n'est donc pas à l'importation que nous pourrions demander les lumières qui peuvent nous éclairer dans la question de contagion du choléra ; nous les demanderons à d'autres sources plus certaines, à l'observation, à l'épidémie elle-même. Nous lui demanderons ce qu'elle peut par elle seule; si, pour accomplir sa mission, elle a besoin de contage et de contagion ; si elle peut se passer de courants humains, de colis, de hardes, d'auxiliaires quelconques pour opérer sa migration et exercer ses sévices, et nous lui demanderons ces enseignements, sans prévention, sans esprit de parti, sans préoccupation d'opinion et de doctrine.

Un premier fait d'observation qui domine la propriété épidémique du choléra, et qui lui est commun d'ailleurs avec toutes les épidémies connues, c'est que le choléra ne pénètre pas indistinctement partout, ne sévit pas également dans tous les lieux, et n'atteint pas également tous les individus ; c'est que, contrairement à la propriété contagieuse, qui ne fait guère acception des lieux, mais plutôt des aptitudes individuelles, la propriété épidémique du choléra est frappée d'impuissance, si elle ne rencontre pas des conditions locales compatibles avec sa pro-

gression et ses sévices; et, déjà à ce point de vue, l'on ne peut douter que le choléra n'ait, pour certains lieux et certaines régions, une prédilection remarquable.

Ce qui a pu surtout frapper l'attention des observateurs dans la marche que le choléra a suivie jusqu'à ce jour, c'est que, depuis son apparition en Europe, il ait toujours pris pour guide le cours des fleuves et des rivières; qu'il ait toujours fidèlement suivi les lignes aqueuses, les régions basses et humides, toutes celles dont la constitution géologique se prête davantage à l'état hygrométrique de l'atmosphère. C'est ainsi que, dès l'année 1816, et tout en quittant les bords du Gange, il se jette vers ses affluents jusqu'à Calcutta, qu'il ravage en même temps que Jessore, Madras, Bombay; puis, gagnant bientôt les îles Moluques, les îles Philippines, en passant par Sumatra et Java, il atteint le littoral maritime de la Chine, en même temps que la Perse, en suivant encore fidèlement les bords du Tigre et de l'Euphrate; en frappant successivement, et dans toute sa violence, Bassora, Bagdad, Beyrouth, Damas, Alep, et toutes les basses contrées de la Syrie; ne quittant cette région que pour atteindre les bords de la mer Caspienne et de la Méditerranée, par où il envahit la Russie d'Europe, la Pologne et toute l'Allemagne, sans s'éloigner un instant du voisinage des mers et des fleuves qu'il rencontre. C'est ainsi que la mer Noire, la mer Baltique, le Wolga, la Newa, la Vistule, l'Oder, l'Elbe, guident partout sa marche pour frapper toutes les populations voisines jusqu'à Dantzick, jusqu'à Hambourg, d'où il franchit la mer du Nord pour arriver aux îles Britanniques par le port de Sunderland; et là, comme on le sait, il ne lui reste plus qu'à traverser la Manche pour fondre sur Paris dans la direction de la Seine et se répandre dans les départements de la France, où la présence et le cours des rivières guident encore le plus ordinairement sa marche, où la constitution plus perméable du sol lui offre plus d'accès, plus de promptitude dans sa marche.

(*La fin au prochain numéro.*)

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'INCONTINENCE D'URINE. — KENNARD.

Sulfate de morphine	50 centigrammes.
Vératrine	50 —
Axonge.	30 grammes.

Mêlez, pour une pommade.

En frictionnant le périnée trois fois le jour avec cette pommade, le docteur Thomas Kennard (de New-York) dit avoir fait cesser l'incontinence chez trois paralytiques qui ne pouvaient garder leurs urines. La guérison eut lieu au bout de quelques jours. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 13 NOVEMBRE 1783.

Mort de Pierre Cusson, botaniste distingué, collaborateur de Sauvages pour la *Nosologie*. Heureusement pour la science, l'amour des plantes l'arracha aux belles-lettres, aux mathématiques et aux serres des Jésuites, qui l'avaient attiré dans leur ordre. — A. Ch.

COURRIER

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira le vendredi 14 novembre 1873. — *Ordre du jour* : 1° Présentation de malades. — 2° Note sur quelques points de l'intoxication professionnelle par le cuivre, par M. le docteur Bailly (de l'Oise). — 3° Note sur l'état actuel de l'épidémie cholérique, par M. Ernest Besnier. — 4° Observation d'arthrite (probablement blennorrhagique) du larynx, par M. Libermann. — 5° De l'allaitement artificiel des enfants dans les hôpitaux, par M. Blachez. — 6° Observation de transfusion, par M. Brouardel. — 7° Suite de la discussion sur les injections veineuses dans le choléra.

— Dans un très-intéressant article consacré par la *Revue des Deux-Mondes* aux tzarines de Moscou, à l'époque de la Renaissance, nous relevons ce trait de mœurs médicales :

« On traitait les médecins comme les autres étrangers. On ne les introduisait, à la dernière extrémité, dans la chambre d'une tsarine ou d'une tsarévna, qu'après en avoir fermé tous les rideaux. On ne leur permettait de tâter le pouls à la malade qu'après lui avoir entouré le poignet d'une légère mousseline, afin de préserver l'auguste épiderme de tout contact profane. C'était une curieuse histoire que celle de la médecine et des médecins dans l'ancienne Russie. On croyait que les disciples d'Hippocrate pouvaient ce qu'ils voulaient; s'ils ne guérissaient

pas, c'était pure méchanceté, véritable maléfice. Sous Ivan le Grand, un Vénitien fut exécuté en place publique parce qu'un tsarévitch était mort malgré ses soins. Un Allemand qui avait laissé trépasser un prince tartare fut traité comme meurtrier et livré aux parents du défunt, qui l'égorgèrent en représailles. »

— Dans le district de Madras, pendant l'année 1870-71, le nombre d'hommes qui ont été tués par des animaux de proie ou la piqûre des serpents s'est élevé à 2,225 ; 5,314 têtes de bétail ont péri. Les récompenses payées pour la destruction des tigres ont monté à 5,314. On n'a déboursé que 2 liv. 14 sh. pour récompenses de destruction de serpents ; mais un rapport officiel pour l'année commençant au 1er avril 1872 et finissant au 31 mars 1873, donne des résultats très-différents. En mars 1872, 74 serpents ont été détruits dans la présidence de Madras, et les récompenses, à raison de 3 pence (30 centimes), se sont élevées à 18 shillings 6 pence. Mais, de mois en mois, le zèle de la population s'est accru, de telle sorte qu'en mars 1873 le nombre de serpents détruits a été de 425,057, et les récompenses de 5,313 livres sterling. En prenant l'année entière, le nombre de serpents détruits n'a pas été moindre d'un million et un quart, pour lesquels il a été payé 15,728 livres ; ces nombres auraient triplé si le zèle avait été le même dans toutes les parties de la présidence.

Le gouvernement de Madras semble s'être repenti de sa libéralité, et avoir trouvé que la destruction des serpents pourrait lui coûter trop cher. Aussi, par un ordre du 28 mars 1873, a-t-il restreint la récompense aux cobras seuls en la fixant à 15 centimètres par cobra tué. On a dit que quelques indigènes élevaient des cobras pour se faire payer la prime, mais en considérant l'immense quantité de terres qui semblent ne pas pouvoir être cultivées et qui sont couvertes de plantes sauveges, il semble réellement qu'il n'y a pas de limite au nombre de serpents que l'on pourrait détruire. Les Européens, ou les autorités médicales, voient très-peu de cas de morsures de serpents. L'effet du poison est trop rapide. Nous n'en connaissons les détails que par des informations indirectes. Ainsi, dans un rapport de la Société pour la propagation de l'Évangile, un pauvre chrétien décrit ainsi la mort de sa fille : « Trois mois après son mariage, elle fut mordue dans un champ du désert par un serpent. Son mari la traîna vers sa maison aussi loin qu'il put. Ses jambes étaient coupées par les pierres et saignaient. Quand il lui fut impossible de la traîner plus loin, il la posa près d'un buisson, et courut chercher du secours, mais les fourmis avaient commencé à lui dévorer la figure avant qu'il revînt. »

Nous devons ajouter que les autorités considèrent comme très-exagéré le nombre des morts causées par les serpents et affirment que beaucoup de femmes et autres, qui sont assassinés, passent pour avoir été mordus par des serpents. Il est certain que rien n'est plus rare qu'un Européen atteint par cette cause de mort. (*Times.*)

ALIÉNÉS. — Il ressort du budget du département de la Seine, qui vient d'être distribué, que les dépenses pour aliénés ont presque triplés depuis vingt ans,

EMPOISONNEMENT PAR L'OMBRE DU MANCENILLIER. — Dans une récente publication, M. Karsten a fait connaître le résultat d'expériences personnelles sur l'influence de l'ombre du mancenillier (*hippomane mancenilla*).

Après avoir séjourné plusieurs heures sous un de ces arbres, il a commencé à éprouver sur toute la surface de son corps une sensation de brûlure qui s'est ensuite concentrée sur plusieurs points, surtout à la face et autour des yeux. Après quelque temps, les paupières étaient tuméfiées au point de pouvoir à peine s'ouvrir, et la vue était si sensible pendant plusieurs jours, qu'il a dû se renfermer dans une chambre absolument obscure, et où cependant il souffrait encore beaucoup. La tuméfaction a diminué au bout de trois jours et l'épiderme a commencé à se détacher. Les phénomènes observés ont été rapportés aux émanations du végétal ; ces phénomènes sont également produits par d'autres végétaux de l'Amérique méridionale. (*Tribune médicale.*)

Cliniques médicale et chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine. — M. le docteur Duplay, professeur à la Faculté de médecine, commencera ses leçons cliniques le MARDI, 18 novembre, à 9 heures 1/2, et les continuera le mardi de chaque semaine, à la même heure.

Visite des malades, tous les jours, à 8 heures 1/2.

Opérations à l'amphithéâtre, le mardi, après le cours.

M. le docteur Peter, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses leçons cliniques le SAMEDI, 22 novembre, à 9 heures 1/2, et les continuera les mardi de chaque semaine, à la même heure.

Visite des malades, tous les jours, à 8 heures 1/2.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE du Dr SICHEL.

UN CAS DE KÉRATITE BULLEUSE. — NOMBREUSES RÉCIDIVES. — GRANDE AMÉLIORATION PAR LES COURANTS CONTINUS ET PAR L'IRIDECTOMIE.

Par M. Léon BRIÈRE, chef de clinique.

Élise D... est âgée de 17 ans. Depuis son enfance, elle demeure à Paris, où elle exerce le métier de couturière. Son père et sa mère jouissent d'une excellente santé; elle-même dit s'être toujours assez bien portée; tous les renseignements sur l'existence d'une diathèse héréditaire ou acquise sont négatifs. Le logement qu'elle habite réunit les meilleures conditions hygiéniques, et la position aisée de sa famille la met à l'abri des privations.

La menstruation s'est établie à l'âge de treize ans; elle a toujours été régulière, mais revient toutes les trois semaines, au lieu d'avoir lieu tous les mois, et elle est chaque fois accompagnée d'un léger mouvement fébrile qui se traduit au dehors par une poussée d'*herpès labialis*.

Tout d'abord, il peut paraître superflu de mentionner ce dernier détail; mais la suite de l'observation fera voir qu'il n'est pas sans valeur et que nous aurions tort de le laisser de côté. Elle n'a pas eu d'autres affections cutanées herpétiques. Au milieu de toutes les apparences d'une belle santé, et malgré son teint rose et frais, on constate néanmoins que les chairs sont un peu bouffies, molles, et que sous les dehors de la pléthore se cache une véritable chlorose. Des douleurs erratiques, un appétit tantôt nul, tantôt exagéré; l'horreur de la viande et une prédilection pour le vinaigre et pour les végétaux; des palpitations que la marche et l'action de monter font naître facilement, doivent faire songer à cette affection. Du reste, l'opinion que nous émettons se trouvera confirmée par différents détails relatés dans le courant de cette observation.

La malade ne présente aucune trace de scrofule ni de maladies oculaires datant de la jeunesse. Elle affirme qu'elle a toujours eu une vue excellente jusqu'au mois de novembre 1872. A cette date remonte l'origine de la maladie pour laquelle elle se présente à la clinique de M. le docteur Sichel, le 5 février 1873.

Le 1er novembre, ses yeux devinrent rouges, pendant la matinée, sans qu'elle ait pu en trouver la cause. En même temps se produisaient, autour de l'œil droit, des douleurs lancinantes qu'elle compare à des piqûres d'aiguille, un larmoiement considérable et de la photophobie. Les douleurs durèrent pendant 48 heures, et furent assez fortes pour empêcher la malade de dormir. La mère regarda son œil avec attention, craignant que tous ces accidents ne fussent produits par le séjour d'un grain de poussière ou de tout autre corps étranger entre les paupières; mais elle ne put rien découvrir. Elle remarqua seulement que la cornée avait perdu sa transparence, surtout à son centre, sans qu'il se produisît de taches sur l'œil, ni rien qui pût faire songer à une kératite ulcéreuse. Elle est très-explicite sur ce point.

FEUILLETON

LES HOPITAUX DE CAMPAGNE DANS L'ARMÉE AUSTRO-HONGROISE.

La *Revue militaire de l'Étranger* publie une série d'articles où sont étudiées les diverses branches du service de santé dans l'armée austro-hongroise. Nous en détachons les renseignements que nous donnons ici sur le service des hôpitaux de campagne :

Les malades de l'armée d'opérations trouvent dans les hôpitaux de campagne le premier régime hospitalier et le premier traitement médical régulier et durable.

Ces établissements ont leur effectif propre de médecins, aumôniers, comptables et employés de pharmacie; ils ont un détachement sanitaire particulier et disposent d'un convoi chargé de matériel d'hôpital et d'une pharmacie complète.

Les hôpitaux de campagne sont de deux sortes, ainsi que nous l'avons déjà vu : les hôpitaux indivisibles à 500 lits et les hôpitaux à 600 lits, qui peuvent se fractionner en trois sections de 200 lits.

Le plan de mobilisation de l'armée austro-hongroise comprend la formation de : 13 hôpitaux de campagne pour 500 malades et 27 hôpitaux pour 600 malades.

L'effectif du personnel et l'état du matériel affecté aux hôpitaux de campagne ne sont pas les mêmes pour les deux catégories dont il s'agit.

Le tableau suivant donne le chiffre de médecins, comptables, officiers et soldats de la troupe sanitaire, voitures, chevaux, etc., pour l'une et pour l'autre :

Le lendemain, 2 novembre, la conjonctive était très-fortement hypérémiée, et la paupière inférieure devint le siége d'un œdème manifeste. Trois jours après le début des premiers accidents, ceux-ci s'amendèrent peu à peu et disparurent spontanément en quelques heures, sans aucun traitement. Cette première attaque avait eu lieu dans l'intervalle des règles.

En décembre 1872, un mois après, la malade vit les mêmes accidents se reproduire dans le même ordre, avec le même cortége de douleurs, d'œdème de la paupière, etc., et se dissiper au bout de 48 heures.

Vers le 15 décembre, pendant qu'elle était occupée à ses travaux ordinaires, à la couture, cette jeune fille fut prise, pour la troisième fois, des mêmes souffrances. Même cortége de symptômes du côté de l'œil, même durée de ces symptômes. L'attaque, comme les deux premières fois, avait débuté entre huit et dix heures du matin, sans cause appréciable. A la fin de décembre, quatrième attaque. En janvier, celles-ci se reproduisirent plus fréquemment : la malade compta six récidives, qui durèrent chacune une ou deux journées et s'accompagnèrent, chaque fois, d'un trouble de la cornée et d'une amblyopie passagère très-notable. Dans l'intervalle, il restait un léger nuage sur l'œil, et tout travail un peu soutenu devenait très-pénible.

Le 1er février, une récidive. Le 5 février à midi, au moment de se mettre à table, la malade est reprise de nouveau. Les douleurs sont si vives qu'elles l'empêchent de prendre son repas, et l'œil s'injecte comme les premières fois. Nous la voyons à la clinique quelques instants après.

Les paupières, mais principalement l'inférieure, sont œdématiées; une grande quantité de larmes s'écoule sur la joue dès qu'on les entr'ouvre. L'œil est très-rouge et redoute la lumière. Cet appareil symptomatique pourrait tout d'abord faire songer à l'existence d'une conjonctivite catarrhale; mais il y a absence de sécrétion, et les autres particularités que nous présente cette maladie empêchent de s'arrêter à une semblable hypothèse. On note, en effet, pour la première fois depuis le début de l'affection, le plus intéressant de tous les symptômes.

Sur la moitié inférieure de la cornée, l'épithélium est soulevé sous forme d'une *large bulle* de 2 à 3 millim. de diamètre. Afin d'acquérir la certitude que l'épithélium seul est soulevé et que le tissu propre à la cornée ne contribue pas à la formation de cette saillie anormale, on presse sur le globe oculaire par l'intermédiaire de la paupière inférieure et par de légers mouvements de bas en haut, manœuvre qui a pour effet de déplacer légèrement le contenu de la phlyctène et de montrer que son enveloppe est mince, souple et diaphane.

La tension du globe est augmentée et peut être évaluée à T + 2. Il y a diminution notable de la sensibilité au niveau de la bulle cornéenne et à son voisinage; l'état de la pupille, l'aspect de l'iris et celui des membranes profondes que l'on peut à peine examiner, à cause de la photophobie, ne présentent rien de particulier à mentionner. Aucune trace d'éruption sur le front ni sur la joue.

PERSONNEL ET TRAIN.	HÔPITAUX de 500 lits.	HÔPITAUX de 600 lits.
Médecins d'état-major	1	1
Médecins régimentaires et médecins-majors	6	6
Médecins assistants et médecins-majors de la réserve	3	6
Comptables	1	1
Aumôniers	1	1
Pharmaciens et aides	2	2
Armuriers	1	1
Officiers de la troupe sanitaire	3	3
Sergents-majors et sergents-majors comptables	2	6
Sous-officiers et caporaux	20	21
Soldats sanitaires de première et de deuxième classe	92	153
Voitures de matériel médical, chirurgical et de pharmacie.	1	3
Voitures de cuisine	1	3
Voitures de mobilier d'hôpital	1	3
Voitures de linge et literie	12	12
Ordonnances	16	19

Avant le début des opérations, les hôpitaux de campagne sont échelonnés le long des principales lignes de communication; mais aussi longtemps que l'armée est sur le territoire national, ils ne devront fonctionner qu'autant que les établissements sédentaires n'auraient plus aucune place disponible.

Quand l'armée marche en avant, les hôpitaux de campagne, ceux qui peuvent être frac-

La formation d'une *véritable bulle hémisphérique* sur la cornée indique que l'affection devant laquelle on est en présence sort complétement du cadre ordinaire des kératites, et ne peut être confondue, même de loin, avec aucune des variétés admises dans les auteurs, et que la pratique nous offre si fréquemment.

Si l'on tient compte de la constitution herpétique de la jeune malade, laquelle se montre si souvent chez elle aux commissures labiales, il est permis de songer à *un herpès de la cornée*, à *une sorte de zona ophthalmique larvé*, dont l'éruption ne se manifeste que du côté de la cornée. Nous retrouvons, en effet, dans cette singulière maladie, quelques-uns des signes du zona. Début brusque, à une heure déterminée, par des douleurs hémicrâniennes (la thèse du docteur Hybord contient des cas de zona présentant cette particularité), par du larmoiement et une injection vive du globe, puis par l'apparition de l'*œdème des paupières* et d'une *éruption bulleuse* incontestable, bien que très-limitée. Mais, ce qui étonne, c'est la fréquence des rechutes et l'irrégularité des intervalles qui séparent un accès du suivant. On prescrit un collyre au sulfate d'atropine pour essayer de diminuer la tension intra-oculaire et pour mettre l'iris au repos. Calomel en insufflation, régime tonique et expectation.

Nous abrégerons la description des récidives, celles-ci étant toujours caractérisées par le même ensemble de symptômes, et la variété des accès ne résidant que dans l'intensité de ces symptômes.

16 février. Nouvelle attaque; très-petite bulle sur la cornée.

17 février. On commence un traitement par la pommade au précipité jaune : cold-cream, 30 grammes, et précipité jaune de mercure, 4 grammes. On en place la valeur d'un grain de mil entre les paupières, et on ne l'ôte par des lavages et avec une éponge que trois minutes après l'avoir mis sur l'œil.

Le 19 février. Encore une attaque; grosse bulle de 5 millim. de hauteur verticale sur 2 millim. 5 de largeur; elle a un peu la forme d'une gourde.

20 février. La bulle est affaissée, comme gaufrée, mais il est facile de s'assurer par de légères frictions que l'épithélium ne s'est pas complétement réuni aux parties sous-jacentes. Pommade jaune. Compression.

22 février. Nouvelle bulle aussi grosse que celle d'il y a cinq jours.

Du 22 au 25, période de déclin. — 26 février. La malade est reprise de nouveau. Tous les médecins présents à la clinique constatent avec nous deux grosses bulles entourées par une auréole grise que forme le trouble de l'épithélium circonvoisin. Même larmoiement, mêmes douleurs, même rougeur du globe.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

tionnés placés en tête, suivent leur corps d'armée à une distance réglée par le commandement, et qui doit être d'habitude de trois à quatre lieues. Les plus avancés reçoivent les malades et blessés; les autres restent disponibles. Les hôpitaux de campagne qui ont reçu des malades ne doivent rechercher qu'un but : rendre les blessés transportables pour les évacuer. Lorsqu'un hôpital de campagne en activité reçoit l'ordre de se porter en avant, il laisse une section ou remet ses malades aux hospices de la localité. Si un combat devient imminent, l'intendance, prévenue à temps, communique l'avis aux hôpitaux, qui alors se préparent à recevoir les blessés.

Quand l'armée bat en retraite, les hôpitaux de campagne disponibles se portent en arrière de la ligne de défense la plus voisine. Ceux placés sur la ligne de retraite, qui ont des blessés, évacuent le plus rapidement possible les blessés transportables et laissent les autres aux soins de l'autorité locale ou d'une section commandée pour rester en arrière.

Lorsque les hostilités sont suspendues, les hôpitaux de campagne sont échelonnés, comme avant le début des opérations.

La direction responsable de l'hôpital de campagne appartient au médecin-chef; l'exploitation administrative est la mission d'un conseil d'administration, composé à l'instar de celui des hôpitaux de garnison. Le commandant de la troupe sanitaire, le comptable, enfin tout le personnel, a les mêmes droits et les mêmes devoirs que dans l'hôpital de garnison; du reste, les mêmes règlements régissent les hôpitaux de paix et ceux de campagne.

Comme, après les grandes batailles, le nombre des blessés à recueillir dépasse la contenance des hôpitaux de campagne, ceux-ci auront, en pareil cas, à créer des annexes dans des locaux appropriés et à l'aide de mobilier à réquisitionner par l'intendance de l'armée. En cas d'urgence, la réquisition peut être ordonnée par le médecin-chef; l'officier de la troupe

CHIRURGIE

TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES PAR LA VACCINATION.

Bayonne, 3 novembre 1873.

Très-honoré confrère,

Dans l'intéressante discussion qui vient d'avoir lieu au sein de la Société de chirurgie sur le traitement des tumeurs érectiles par la vaccination, on n'a pas assez tenu compte, à mon avis, d'une cause fréquente d'insuccès qui tient uniquement au manuel opératoire.

La goutte de sang qui s'écoule après chaque piqûre, faite avec la *lancette ordinaire*, refoule presque toujours le vaccin, et je n'ai jamais, quant à moi, obtenu, par ce moyen, que pas ou peu de boutons. On n'a donc ainsi, le plus souvent, que des demi-succès, sinon des insuccès complets.

J'ai eu, dans ces derniers temps, l'idée de remplacer la lancette par l'aiguille, et je n'ai eu qu'à m'en louer dans quatre cas successifs.

On peut, en effet, à l'aide de ce procédé fort simple, avec lequel on n'a presque pas d'écoulement sanguin, multiplier les piqûres à l'infini et obtenir une véritable croûte vaccinale sur toute la surface malade, *quelle que soit son étendue.*

Je crois donc que, en se servant de l'aiguille comme moyen de vaccination, on pourra triompher de tumeurs dont la dimension n'eût pas même permis une tentative de guérison avec la lancette ordinaire.

Multa in paucis!

Recevez, je vous prie, mes salutations confraternelles. Dr P. BATBEDAT.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

L'ASSISTANCE DES BLESSÉS ET LES HÔPITAUX, par le docteur R. HARZÉ. Brochure in-8°. Liége, 1873. Imprimerie de Léon de Thier.

Ce travail est extrait de la *Gazette médicale de Paris* (octobre 1873), et a été réimprimé à Liége. M. Harzé, médecin distingué de l'Université de Liége, est venu spontanément offrir à la France son zèle, son dévouement et son intelligence pendant la dernière guerre : à Metz jusqu'à son investissement; à Paris durant tout le siége et la Commune. A Metz et à Paris, il a dirigé des services importants de chirurgie, et il a été l'un des collaborateurs les plus utiles de Ricord et de Demarquay dans les ambulances de la Presse. Ses généreux services ont été récompensés par la croix de la Légion d'honneur. C'est donc avec compétence et autorité qu'il donne son opinion sur le sujet qu'il traite, et son opinion est claire et nette; il rejette abso-

---

sanitaire en assurera l'exécution; seulement, il y a lieu d'en rendre compte à l'intendance.

Les hôpitaux de campagne ont à fournir les mêmes pièces que les hôpitaux de garnison : situation journalière, rapports de décade pour les malades et pour les blessés, comptes rendus mensuels, etc.

L'une des principales missions des hôpitaux de campagne consiste à effectuer une évacuation réglée des blessés sur la mère patrie. Le médecin-chef du service de santé près l'intendance, indique à chaque hôpital de campagne le nombre de malades qu'on peut recevoir dans l'intérieur, et les points sur lesquels devront être dirigés les convois. Les médecins-chefs désignent les malades et blessés à comprendre dans les convois d'évacuation. Dans cette désignation, on ne comprendra ni les blessés graves non transportables, ni les blessés légers qui peuvent sous peu retourner à leurs corps. Ceux qui ne font partie ni de l'une ni de l'autre de ces deux catégories sont chargés sur des voitures de réquisition, dans des trains sanitaires, sur des hôpitaux flottants, etc., munis de vivres et de boissons, accompagnés d'un personnel d'escorte et annoncés, en temps opportun, par télégramme ou autrement, aux établissements auxquels ils sont destinés.

SUR LE COMMERCE DES SANGSUES. — On sait que le commerce des sangsues a donné naissance à une industrie considérable. Cette industrie elle-même a fait naître des procédés pratiques qu'il est important d'améliorer, car il est répugnant de penser que, sous prétexte de soulager nos malades, et surtout en vue de gagner de l'argent, on fasse subir aux animaux des traitements douloureux et barbares. Voici, par exemple, les détails qu'on lit à ce sujet dans un rapport fait à l'Académie de médecine par E. Soubeiran (*Journal de pharmacie et de Chi-*

lument le système actuellement suivi en France sur l'hospitalisation des blessés ; il regrette que nous nous soyons laissé distancer par l'Amérique, l'Allemagne et la Russie ; et, témoin affligé des suites désastreuses des opérations dans nos hôpitaux, il tente un éloquent effort pour substituer aux hôpitaux actuels pour les blessés le système des baraquements temporaires.

Mais ces baraquements, ce n'est pas dans les cours ou dépendances des hôpitaux actuels qu'il convient de les établir, ainsi que quelques essais malheureux ont été tentés à Paris, ce n'est pas même dans l'atmosphère contagionnée des grandes villes qu'il faut se livrer à cette grande expérience ; c'est à une très-grande distance de ces foyers permanents d'infection que l'établissement de ces baraquements doit s'opérer, baraquements temporaires qu'il faut se hâter d'abandonner aussitôt que l'infection s'y montre, et plus radicalement encore de détruire par le feu, comme on le fait en Amérique, afin du brûler la contagion.

Sans doute que l'exécution de ce plan rencontre des difficultés ; M. Harzé les connait, les énumère, les apprécie et montre, en fin de compte, qu'elles peuvent être toutes vaincues sans entraîner d'impossibles dépenses. En ce qui concerne l'assistance médicale à Paris, ce système des baraquements temporaires entraînerait la suppression de toutes les salles d'hôpitaux consacrés aux blessés, aux maladies chirurgicales ; il en résulterait donc des bâtiments, des terrains à vendre, dont le prix compenserait et au delà l'achat de terrains et de construction des baraquements dans la banlieue de Paris.

Cette banlieue de Paris, ces collines, ces plateaux se prêteraient merveilleusement à ces installations, et leur situation près des bois rappellerait, et avec avantage, ces temples élevés par l'antiquité à Esculape.

M. Harzé termine sa brochure par ces sages paroles :

« Les considérations qui précèdent ne sont pas des vues personnelles ; elles ressortent de l'enseignement naturel des faits. La révolution que nous appelons de tous nos vœux peut effrayer quelques esprits timides. Rappelons qu'elle ne porte que sur un nombre restreint d'individus, blessés ou opérés. En détachant de chacun des grands hôpitaux un service de chirurgie, auquel on appliquera les principes que nous venons de développer, on procédera graduellement, sans secousse comme sans inquiétude. Il faut enfin que cette vérité s'impose que, en matière d'hospitalisation, on n'est en droit d'attendre quelque avantage d'une réforme qu'en tant qu'elle reporte en dehors des centres de population le traitement des blessés. »

Plus exigeant que M. Harzé, nous demanderions une réforme plus complète, et nous éloignerions toute espèce d'hôpital de l'enceinte des villes. Des maisons de secours et de premier pansement suffisent dans les villes. Dans la banlieue, et aussi loin que possible, de petits hôpitaux pour les maladies internes et des baraquements temporaires pour les maladies chirurgicales.

Ces idées pénètrent difficilement dans les esprits qui dirigent les affaires de ce monde.

---

mie, 3e série, t. XIII, p. 198) : « Les marchands qui ont acheté les sangsues des pêcheurs ont « des réservoirs de 4 mètres carrés, de 60 à 70 centimètres de profondeur, alimentés par un « cours d'eau. Ils y établissent un fond d'argile couvert de gazon. Il s'agit de rendre mar- « chandes les sangsues qui n'ont pas encore atteint la taille voulue. Les marchands prennent « du sang des animaux tués à la boucherie, l'apportent encore chaud dans des terrines où ils « ont placé les sangsues. Quand celles-ci sont gorgées, on les porte dans les réservoirs où elles « dorment, dit M. Moreau, dégorgent une partie du sang, et, sous l'influence de ce régime, « elles grossissent en peu de temps.

« Comme il n'est pas possible de se procurer toujours la quantité de sang chaud nécessaire, « les marchands ont recours à un autre procédé. Ils réunissent deux ou trois vieux chevaux « et autant de vieux ânes, mangeurs inutiles, dont on ne peut tirer aucun travail, et qui ne « valent pas 100 francs à eux tous. Ils les mènent à tour de rôle aux marais ; en tout autre « temps, ces malheureux animaux errent en liberté, et pâturent dans le bocage. Il arrive « parfois que la pauvre bête, épuisée par cette saignée surabondante, tombe morte dans le « marais. Si elle échappe, elle conserve un souvenir tenace de sa malheureuse aventure. A la « deuxième séance, il n'est ni jurements ni coups qui puissent vaincre son obstination ; son « maître en est réduit à l'attacher à un poteau et à lui envelopper chaque jambe avec des « linges, dans lesquels il met 4 à 500 sangsues. Les sangsues, une fois repues, retournent « d'elles-mêmes au marais. »

Cette pratique cruelle a naturellement inspiré la recherche d'autres procédés propres à atteindre le même but, tout en écartant les inconvénients graves de celui que nous venons de rapporter.

La question a été souvent étudiée par de savants médecins. M. le docteur Blatin et M. le

Après le déplorable exemple de ce grand Hôtel-Dieu dont on ne sait plus que faire, ne construit-on pas encore un hôpital monumental sur les hauteurs de Ménilmontant?

Remercions M. le docteur Harzé de cette publication intéressante, utile, sagement présentée, et faisons des vœux pour que la réforme si intelligemment sollicitée par lui s'accomplisse aussi prochainement que possible. — A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Parmi les nombreuses communications relatives au phylloxera qui affluent à l'Académie, il faut citer celles de M. Guérin-Menneville; elles tranchent sur le fond commun. Alors que tous les observateurs considèrent le phylloxera comme la cause de la maladie de la vigne, M. Guérin-Menneville, seul de son avis, pense que « ce parasite n'est pas la cause, mais la conséquence de la maladie de la vigne. » En effet, ajoute-t-il, « les substances qui, jusqu'ici, ont donné quelques résultats favorables au milieu de tous les remèdes proposés et essayés, sont les substances qui jouent, à l'égard de la vigne, le rôle d'engrais ou de stimulants. »

M. de Maleguane ne saurait adopter cette manière de voir, et il en donne les raisons suivantes dans une lettre adressée à M. le Président :

« Parce qu'on ne définit pas en quoi consiste cet état maladif de la vigne et à quels *signes* il se reconnaît;

Parce qu'on ne donne aucune preuve de l'*existence* du *Phylloxera vastatrix* en France avant 1865;

Parce que, si le phylloxera était *indigène*, il se trouverait en France, comme on le rencontre en Amérique, partout où il y a des vignes, tandis que l'Est, la Champagne, le Jura, la Bourgogne, l'Orléanais, etc., n'en présentent pas;

Parce que, loin de se développer à la fois sur toute la France, le phylloxera s'est étendu, comme une *tache d'huile*, par la circonférence, en partant des centres où il s'était manifesté pour la première fois vers 1865;

Enfin, parce que, partout où le phylloxera paraît, la vigne est tuée, et que, partout où elle se porte bien, on n'en a pas vu et l'on n'en voit pas trace, ni avant l'invasion, ni depuis. »

Tandis que les psychologues demandent la proclamation d'un quatrième règne, du règne hominal, voici les botanistes qui s'efforcent d'effacer la différence entre le règne végétal et le règne animal, et veulent ramener à l'unité les phénomènes de la vie de celui-ci et de celui-là. M. Duchartre présente une note dans laquelle M. Heckel étudie les mouvements spontanés et les mouvements provoqués dans les plantes. De ses expériences instituées, à l'aide des anesthésiques, sur le *mahonia* et sur la rue (*Ruta graveolens*), il conclut que : 1° les mouvements

---

baron Larrey, entre autres, ont formulé différentes propositions tendant à éviter aux malheureux chevaux ce supplice révoltant. Un autre docteur, M. Sauvé, propose aujourd'hui un moyen dont l'exécution nous paraît éminemment pratique. Voici celui que nous trouvons dans le *Moniteur universel* du 3 septembre 1873 :

« Aussitôt les premiers jours du printemps, les sangsues s'agitent et arrivent sur les points où on remue l'eau; M. Sauvé fait procéder au gorgement, dans les parties du marais où se trouvent les sangsues qui ne sont pas destinées à la vente. (Ces dernières ne doivent pas être gorgées).

« Pour opérer ce gorgement, on fait prendre néanmoins les sangsues, ce qui est facile, grâce à la disposition des fossés et aux moyens mis en usage. On fait trier, si les besoins du commerce l'exigent, les sangsues *marchandes*, on fait mettre ensuite les grosses et les petites séparément dans des sacs de laine ou de toile, et on plonge les sacs dans des bidons pleins de sang apportés de l'abattoir.

« La température du sang est conservée au moyen d'eau très-chaude, mise dans le double fond des bidons. Ce sang chaud, non défibriné, est de beaucoup supérieur à celui qui a perdu sa chaleur et sa fibrine. On laisse les sangsues pendant environ une demi-heure, quels que soient leur âge et leur grosseur.

« Les sacs retirés du sang sont ouverts; on lave les sangsues et on les rejette immédiatement, et sans autres soins, dans le marais. Toutefois, il est bon d'observer que les sangsues ainsi gorgées sont jetées sur les bords des bassins, sur les îlots et les levées, afin qu'elles puissent s'enfoncer de préférence dans la terre si elles le désirent, ce qui a presque toujours lieu. On leur épargne ainsi la fatigue toujours très-grande pour elles, lorsqu'elles sont gorgées, de gagner à la nage les points solides du marais.

provoqués ont un déterminisme spécial qui mérite d'être étudié, et qu'ils peuvent dès aujourd'hui être classés parmi les phénomènes d'irritabilité fonctionnelle ; — 2° que les mouvements spontanés se rattachent à la vie générale de la plante et doivent être rangés parmi les phénomènes d'irritabilité nutritive.

M. Belgrand a traité, lundi, la question des tuyaux en plomb employés pour la distribution des eaux potables. Il résulte des pièces que M. Belgrand met sous les yeux de l'Académie, et des recherches auxquelles il s'est livré, qu'il n'y a aucune analogie entre l'action de l'eau distillée sur le plomb et celle de l'eau qui contient des quantités, même minimes, de sel en dissolution. 1 centigramme de carbonate de chaux seulement par litre suffit pour que le plomb ne soit pas attaqué. Quant à l'étamage intérieur des conduites de plomb, il paraît, d'après M. Belgrand, que son application (d'ailleurs sans utilité, en présence de l'inaltérabilité du plomb par l'eau non distillée) rencontre, dans la pratique, des difficultés sérieuses. La température nécessaire à la soudure des tuyaux détermine la fusion de la lame intérieure d'étain et obstrue les conduites.

M. le docteur Lailler adresse une note, accompagnée d'une pièce anatomique, pour servir à l'étude de la formation des calculs biliaires. La note et la pièce ont été renvoyées à la section de médecine et de chirurgie.

M. Bouchut envoie une deuxième note sur les embolies capillaires et les infarctus hémorrhagiques dans le choléra.

Dans tous les cas de choléra assez graves pour occasionner la mort, il se fait des embolies capillaires, caractérisées par des infarctus hémorrhagiques plus ou moins volumineux en nombre très-variable. Ces embolies se font dans les capillaires sous-cutanés, et dans les petits vaisseaux de l'endocarde, du péricarde, des poumons, des reins et du tissu conjonctif intermusculaire. Je n'en ai pas rencontré dans le cerveau, mais, d'après ce que j'appris sur un cas de mort subite en ville, chez une personne à peine convalescente d'une attaque de choléra, il est vraisemblable qu'il y a eu embolie cérébrale.

Ces embolies se sont présentées à moi sous la forme de noyaux apoplectiques, ou infarctus sanguins, de volume variable depuis la dimension d'une petite tête d'épingle jusqu'à celle d'un gros pois.

Sous la peau, elles se révélaient à l'extérieur par une tache d'un rouge livide violacé n'intéressant pas la substance du derme. Elles étaient formées par une suffusion sanguine du tissu conjonctif sous-cutané, et, au centre, se trouvait un noyau noirâtre plus foncé en couleur. Une injection d'eau, poussée par l'artère centrale du membre et revenant par les veines, n'emportait pas cette hémorrhagie et ne traversait pas les vaisseaux obstrués. Ces embolies sous-cutanées ont été trouvées huit fois sur huit autopsies.

Cette découverte anatomo-pathologique, dit M. Bouchut, me paraît avoir pour autre conséquence l'explication du mécanisme des phlegmasies secondaires si graves de la période de réaction du choléra algide. En effet, à la suite de l'état de cyanose sanguine et de stase vas-

---

« Il ne faut pas mettre une trop grande quantité de sangsues dans chaque sac, car elles auraient de la peine à s'y mouvoir, et toutes ne pourraient pas venir appliquer leur ventouse orale aux parois, ce qui les empêcherait de se gorger et ce qui aurait, en outre, l'inconvénient d'exposer les sangsues placées à la circonférence à être piquées ou mordues par celles du centre, qui se gorgent immédiatement.

« Ce phénomène se présente surtout très-apparent lorsqu'on fait gorger simultanément dans le même sac les grosses et les petites : ce qu'il faut toujours éviter. »

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — MM. Chasles, Liouville, Delafosse et Bert, professeurs à la Faculté des sciences de Paris, sont autorisés à se faire suppléer dans leur cours, pendant l'année scolaire 1873-1874, savoir :

M. Chasles, par M. Ossian-Bonnet, membre de l'Institut ;

M. Liouville, par M. Darboux, docteur ès sciences, chargé des fonctions de maître de conférences à l'École normale supérieure ;

M. Delafosse, par M. Descloiseaux, membre de l'Institut ;

M. Bert, par M. Gréhant, docteur ès sciences, aide naturaliste au Muséum.

ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — MM. Bussy et Chevallier, professeurs à l'École supérieure de pharmacie de Paris, sont autorisés à se faire suppléer dans leur cours, pendant l'année scolaire 1873-1874, savoir :

M. Bussy, par M. Riche, agrégé près ladite École ;

M. Chevallier, par M. Bourgoin, agrégé près ladite École.

culaire générale, lorsque la circulation se rétablit, le sang pousse devant lui des thromboses, qui forment çà et là des obstructions et provoquent des méningites ou des pneumonies mortelles. Le cours du sang ne peut se rétablir, entravé qu'il est par des embolies venues du cœur, et il en résulte des congestions locales, suivies d'un état de phlegmasie plus ou moins prononcé. — M. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 novembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA.

M. Jolly continue ainsi :

Tel est, à grands traits, le mode de progression du choléra de 1832, attestant partout sa puissance épidémique dans sa remarquable affinité pour les courants aqueux, et sachant souvent s'affranchir des courants humains pour obéir à sa loi; telle est encore, à peu près, la marche qu'il affecte de 1846 à 1869. Il part encore des bords de l'Indus pour atteindre la Turquie d'Asie, en suivant les bords du golfe Persique jusqu'à la mer Caspienne et la Méditerranée, d'où il fait encore son entrée en Europe, frappant avec même violence la Turquie d'Europe, la Russie, la Pologne, la Prusse, toute l'Allemagne, et toujours dans la direction des lignes aqueuses, de la mer Baltique, de la mer du Nord, pour éclater encore à Sunderland, à Edimbourg, à Londres, et bientôt sur les côtes de France qu'il envahit dans la même direction, affectant encore partout la même affinité pour les régions aqueuses, se détournant même des courants humains comme pour leur rester fidèle, progressant par étapes, comme on a pu le dire, mais par étapes qui n'ont rien de régulier, s'arrêtant plus longtemps à celles qui lui conviennent pour en franchir d'autres qu'il délaisse, sans nous donner autrement le secret de ses fréquentes déviations; s'attaquant souvent même aux animaux de basse-cour qu'il anéantit avant même de frapper les populations qu'il rencontre, comme pour nous dire encore qu'il peut se passer des courants humains pour accomplir sa marche, comme pour nous prouver aussi que, s'il en fait sa proie, il n'en fait pas des instruments nécessaires à sa progression.

Arrivé à Saint-Denis, il y séjourne pendant près de sept semaines, sans franchir la courte distance de Paris, qui reste libre, et met chaque jour les deux villes en contact par le même échange de mouvement et de circulation. Paris s'attend chaque jour à la visite du fléau; mais son attente se prolonge de manière à lui faire espérer qu'il va prendre dans sa marche une autre direction, lorsqu'il éclate comme la foudre en même temps sur vingt quartiers de Paris plus ou moins éloignés les uns des autres, et par une sorte de diffusion qui ne permet plus de s'arrêter à l'idée d'une transmission individuelle, mais où s'atteste encore sa prédilection pour les régions les plus humides; car c'est encore dans le voisinage de la Seine qu'il fait ses premières et ses plus nombreuses victimes.

Il était pourtant encore permis de penser que cette préférence que le choléra affecte si généralement pour les régions aqueuses et humides n'était qu'apparente, en ce que l'épidémie, ne pouvant manifester sa présence que dans des lieux habités, elle devait nécessairement se montrer plus fréquente, plus meurtrière au voisinage des fleuves et des rivières, où la fertilité du sol, l'exploitation de tous les éléments de la vie matérielle, condensent davantage les populations. Mais, ce qui a pu donner à ce fait une valeur étiologique incontestable, en dehors de toute puissance contagieuse, c'est le résultat des tableaux statistiques de la mortalité cholérique, où l'on compte partout et dans une proportion remarquable, les matelots, les pêcheurs, les débardeurs, les blanchisseurs, les porteurs d'eau, tous les individus que leur condition ou leur profession mettent dans le cas d'habiter le voisinage des rivières ou des localités humides, et pour citer encore des exemples, on sait que les baigneurs de la Manche et de la Méditerranée donnèrent, les premiers, le signal de l'invasion du choléra en France. On sait que tel fut le début de l'épidémie en 1832, à Bayeux, à Boulogne, au Havre, à Frascati, à Fécamp, à Marseille et en bien d'autres endroits, où les premières victimes du choléra furent des marins, des pêcheurs, des préposés dans les ports et les établissements maritimes.

A Bordeaux, c'est encore un marin n'ayant eu aucun rapport avec des cholériques, ni contact avec des objets de contamination, qui est atteint, le premier, de l'épidémie, pendant qu'il dormait dans son embarcation. A Toulon, c'est aussi un marin qui, le premier, est frappé mortellement de choléra, loin de tout rapport avec des individus et des objets contaminés, et il en est de même à Arles, à Nantes, à Beaucaire, à Cadenet, à Vitry-le-François, à Lunéville et dans beaucoup d'autres endroits que j'ai pu noter, où le même fait a été observé en preuve de la puissance virtuelle du choléra à se produire, à se propager sans l'intervention de contages directs ou importés.

Nous n'avons pu oublier le premier cas de choléra observé à Paris, le 26 mars 1832, d'un ouvrier

travaillant sur un bateau broyeur établi sur la Seine, quai de l'Horloge, lequel fut atteint mortellement et comme frappé par la foudre, au moment où, plein de santé, de vigueur et de jeunesse, il venait reprendre son travail; et vous avez pu voir que, dans l'épidémie toute récente du Havre, ce sont encore deux pêcheurs qui, les 20 et 26 juillet, donnaient le signal de l'invasion du choléra, sans qu'il ait été possible de l'attribuer à aucun fait d'importation bien évidente.

Faut-il donc tant s'étonner que, dans sa prédisposition si évidente pour l'élément aqueux, le choléra ait pu, avec toute sa liberté de migration, s'abattre spontanément sur des bâtiments maritimes, au lieu de les éviter; qu'il ait pu atteindre des matelots, des passagers, sans qu'il y ait à accuser comme cause nécessaire le fait d'importation. Ce qui semble aussi démontrer la loi d'affinité du choléra pour l'élément aqueux, c'est qu'il se manifeste toujours plus volontiers dans les localités humides et jusque dans les habitations. Les loges ou cahutes des fellahs égyptiens, les retraites humides des serfs russes, des paysans de la Pologne, les demeures souterraines des tisserands de la Belgique et de la Hollande, les habitations même des rez-de-chaussée, comparées à celles des étages supérieurs de nos maisons, sont encore des conditions locales où le choléra a toujours compté un plus grand nombre de victimes.

Pardon, Messieurs, d'arrêter si longtemps votre attention à la même série de faits, mais tous ont une valeur étiologique que l'on ne saurait méconnaître, et tous ne peuvent être indifférents, même à la pratique. Ce ne sont ni les théories ni les systèmes qui pourraient mieux nous éclairer.

Permettez-nous donc de demander plus explicitement à un autre ordre de faits si le choléra a pu, par sa seule puissance épidémique, se développer et se propager sans l'intervention d'un contage, sans la condition de l'importation; et, ici, nous trouverons les faits autour de nous, sans que nous ayons à aller les chercher ni en Chine, ni en Perse, ni à Constantinople.

Il n'y a eu, en France, comme on le sait, de cordons sanitaires nulle part, et le choléra a toujours été aussi libre que l'air pour opérer sa progression et ses sévices. Toujours aussi il aurait pu trouver, dans le mouvement des populations et dans la présence de tous les genres de véhicules, des instruments faciles d'importation et de propagation, s'il avait eu besoin d'un contage pour accomplir sa migration. Eh bien, qu'est-il donc arrivé? Les faits vont encore nous l'apprendre.

Sur les 86 départements qui, hélas! composaient la France de 1832, 16 seulement avaient été envahis, et si, au lieu de compter par départements, nous comptions par communes et hameaux, plus de 30,000 sont restés affranchis des coups du fléau, quelles que soient les communications qui aient pu continuer de les mettre, pour ainsi dire, en contact; sur les 800 communes environ qui ont été envahies, comment l'ont-elles été? Le plus ordinairement par sauts et par enjambées, déjouant ainsi tous les calculs de l'hygiène. Partout les lignes de migration, malgré toute liberté de circulation, s'interrompent comme pour protester contre le fait d'importation par les courants humains, et, par exemple : Versailles est cerné de tous côtés par l'épidémie qui ravage ses environs, et Versailles n'a pas un seul malade; et, ce qui est encore digne de remarque, la ville est encombrée d'émigrants qui viennent de Paris et autres lieux envahis, chercher un refuge contre les atteintes du fléau. Quelques cas rares s'observent exclusivement chez les émigrants, et notamment chez ceux qui font le voyage de Paris à Versailles pendant la nuit; mais la population tout entière de Versailles demeure réfractaire aux coups du choléra.

A quelques lieues de Versailles, à Pontoise, c'est un autre fait, non moins remarquable, que pourrait encore nous garantir un honorable confrère qui siége parmi nous, M. le docteur Godard, alors médecin en chef des hôpitaux de Pontoise. L'épidémie sévissait, dans toute sa violence, sur plusieurs communes qui avoisinent la ville, et la ville elle-même n'a pas un seul malade. 28 cholériques sont apportés du dehors à l'hôpital, où tous se trouvent confondus avec d'autres malades, dans les mêmes salles. Sur ces 28 cholériques, 13 succombent en peu de jours, et pas un seul cas de choléra ne se déclare ni dans l'hôpital ni dans la ville. Les 28 cholériques ne suffisent pas, en l'absence de l'élément épidémique, pour y faire naître un seul cas de choléra.

Que fallait-il donc pour cela? Aucun intermédiaire de contage ne manquait, pas même les *nourrices*. Ce qui manquait, c'était l'élément épidémique, cet élément si mobile, si diffusible, si fugitif, qu'il échappe à tous nos sens et à toutes nos investigations.

Que si nous suivons le même ordre de faits, nous verrons partout s'interrompre les lignes d'émigration du choléra, partout des localités préservées, demeurées invulnérables à côté d'autres impitoyablement frappées, quelles que soient d'ailleurs les relations incessantes établies entre elles. La ville de Sézanne perd en quelques jours le dixième de sa population, tandis que celle d'Esternay, qui se trouve sur la même ligne de migration et à peu de distance, n'a pas un seul malade; près de là encore, le petit village de Montvinot voit tomber en peu de

jours plus du tiers de sa population, tandis que la Chapelle, village qui lui est contigu, n'a pas un seul malade.

Mandres, ce malheureux village de la Haute-Marne, qui a vu succomber près de moitié de sa population sous les coups impitoyables du fléau, Mandres n'a pu transmettre un seul cas de choléra à Chaumont, bien que cette ville n'en soit éloignée que de quelques kilomètres, et bien qu'elle soit le refuge du reste de la population de Mandres. Ai-je besoin de rappeler ici l'exemple si connu de la ville de Lyon, qui demeure réfractaire au trois épidémies de choléra, quand ses environs sont quelquefois décimés par le fléau ?

Montereau, comme on le sait, était cruellement ravagé par l'épidémie de 1855, et chaque jour, chaque heure, voyait s'accoître d'une manière navrante le nombre de ses victimes, à côté d'autres localités restées parfaitement indemnes. En présence d'un spectacle qui jette la consternation dans la ville, Mélier, notre regrettable collègue et ami, ne voit plus de moyen de mettre un terme à la fureur du fléau qu'en lui arrachant sa proie pour la disséminer dans les localités voisines demeurées réfractaires.

L'Académie n'a pu oublier la même mesure d'hygiène inspirée à l'administration dans l'épidémie de 1849, où furent transférées à la campagne, au plus fort de l'épidémie et avec des résultats tout aussi négatifs de transmission du fléau, toutes les indigentes de la Salpêtrière. L'honorable M. Barth y était, avec son noble et caurageux dévouement.

Que si vous vouliez un fait plus saisissant encore, s'il n'est plus concluant, contre toute puissance de contagion ou d'importation du choléra, notre regrettable collègue, M. Bricheteau, a pu vous dire qu'en 1832, non-seulement l'hôpital Necker fut affranchi de toute influence épidémique, quoique placé au centre même de ses plus cruels ravages, mais que plus de 600 cholériques reçus du dehors, de Vaugirard et des environs, ne purent y faire naître un seul cas de choléra, ni dans les salles de malades, ni parmi les employés de l'administration, ni dans le service de santé.

Ce qui ne veut pas dire, loin de là, que l'épidémie ne puisse précéder, accompagner ou suivre les cas de choléra arrivant du dehors dans un hôpital où les portes leur sont également ouvertes, où ils peuvent trouver le même accès pour se rencontrer, sans que l'on puisse dire que ce sont les cas individuels venus du dehors qui ont importé l'épidémie, qui l'ont introduite, installée pour ainsi dire, là où elle apparaît avec eux ou après eux, sans qu'il y ait lieu de conclure rigoureusement de leur présence simultanée au fait de contagion.

M. Blondel, directeur de l'Assistance publique, dans son remarquable rapport sur les épidémies de 1832 et 1849, a pu démontrer que le nombre des cas de choléra survenus dans l'intérieur des hôpitaux a toujours été en raison inverse de ceux qui y sont apportés du dehors ; que l'on a constaté des cas intérieurs aussi bien dans les salles isolées et n'ayant pas reçu de malades du dehors que dans celles qui en ont admis un plus ou moins grand nombre ; que les cas intérieurs ont souvent devancé les admissions du dehors ; comme aussi, les admissions du dehors, quel qu'en soit le nombre, sont restées bien souvent sans exemple de cas survenus à l'intérieur ; de telle sorte qu'il semble absolument impossible d'admettre une filiation quelconque entre les cas de choléra qui se sont déclarés dans l'intérieur des hôpitaux et la présence des cholériques venus du dehors. Les faits signalés plus récemment à l'hôpital du Havre, par M. Lecadre ; à Rouen, par M. Leudet ; à l'hôpital Saint-Louis, à la Charité, à Sainte-Périne et ailleurs, n'ont fait que confirmer le même résultat comme contraire au fait d'importation.

Mais voici venir, à cette occasion, le grand argument de nos adversaires : Quelque nombreux que soient de tels faits, nous disent-ils, ce sont des faits négatifs, et des faits négatifs ne peuvent anéantir des faits positifs. Triste logique qui ne prouve rien dans l'espèce ; triste refuge qu'il suffit de signaler pour n'y voir qu'un parti désespéré !

En bonne logique, on n'excipe, pour la démonstration d'un principe ou d'une loi scientifique, que de faits simples dans l'opposition de faits positifs à des faits négatifs. Or, le choléra ne pouvait en offrir de simples dans une épidémie où vous prétendez vous-mêmes que les éléments épidémique et contagieux se réunissent dans une étiologie complexe.

Où sont donc, après tout, ces prétendus faits positifs ? C'est à vous de nous les apporter.

Et, quant à nous, comment pourrions-nous en produire, si nous n'en trouvons nulle part ?

Nous venons de les chercher vainement de tous côtés, à toutes les sources d'observation où ils pouvaient se rencontrer ; nous les avons demandés à tous les témoignages de l'épreuve et de la contre-épreuve, et toujours aussi vainement. D'autres ont fait plus, en s'adressant à tous les genres d'expérimentation, tels que contact varié et répété de mille manières, inhalation des vapeurs s'exhalant de la respiration et de tous les produits de sécrétion et d'excrétion, des matières des vomissements et des évacuations intestinales, dégustation et déglutition, ingurgitation des mêmes produits, inoculation du sang et de tous les liquides émanés du corps des cholériques, et toujours sans autre résultat.

Que si, à notre tour, nous demandons à nos adversaires des témoignages plus positifs, ils ne nous répondent que par un seul mot, l'*importation*, qui leur suffit, comme si la science pouvait s'en contenter! Comme si l'on faisait de la science avec des mots, des vérités avec des abstractions!

Vous ne pourriez du moins vous dissimuler qu'il y a loin du dogme de l'importation à une vérité scientifique bien démontrée. Or, devant une question si grave, si pleine de périls, est-ce trop exiger de vous la demander autrement éclairée?

Bégin, d'honorable et regrettable mémoire, Bégin, avec sa haute raison, disait un jour à cette tribune et dans cet énergique langage que lui inspirait souvent l'éloquence du cœur : « Songez-y bien, Messieurs, vous êtes loin de tenir la solution de la grave question de contagion du choléra, et si, dans le doute où vous êtes, elle pouvait s'accréditer dans le monde, elle serait un plus grand malheur que le fléau lui-même. »

Quels que soient les témoignages qui ont été produits dans cette discussion pour défendre l'opinion de la contagion, nul ne saurait encore affirmer qu'elle lui est évidemment démontrée; or, avant de la proclamer comme une vérité patente, avant de jeter l'alarme dans la famille et dans les populations; avant de mettre à l'épreuve tous les dévouements de la charité, de l'amour maternel, de la piété filiale; avant de créer de nouveaux hôpitaux, de renverser tout le régime nosocomial de l'Assistance publique, vous suivrez du moins le précepte du sage :

Dans le doute, abstenons-nous.

Que si donc nous avions à conclure de ce qui précède, nous dirions :

Le choléra est une maladie essentiellement épidémique, dont la cause intime ou spécifique nous est inconnue, comme celle de toutes les grandes épidémies observées jusqu'à ce jour.

Ce que l'étude des faits nous apprend de plus évident, c'est que l'épidémie a pu se suffire par elle seule pour se produire, se développer, se propager et exercer ses sévices, sans que l'on ait pu encore constater d'une manière positive sa propriété contagieuse.

Par conséquent, toutes les mesures de police sanitaire dirigées contre un prétendu contage cholérique, sont pour le moins arbitraires, impuissantes et décevantes dans leur but prophylactique, si elles ne sont dangereuses dans leur effet moral sur les populations.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Colin sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

FORMULAIRE

CAUSTIQUE IODÉ CONTRE LE LUPUS. — RIESEBERG.

Iode	4	grammes.
Glycérine.	8	—

Faites dissoudre.

Pour combattre le lupus, on étend cette solution, à l'aide d'un pinceau, une fois tous les deux jours, sur les parties malades, et on applique par-dessus une feuille de gutta-percha. En même temps, on administre le sous-carbonate de magnésie, à la dose d'une cuillerée à café, trois fois le jour. Le traitement par la glycérine iodée doit être continué pendant plusieurs semaines, tant qu'il se forme des ulcérations nouvelles. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 15 NOVEMBRE 1845.

Dernière séance du Congrès médical de France. Le lendemain 16, cette grande manifestation terminait noblement sa session en faisant exhumer de l'ancien cimetière Sainte-Catherine les restes de Bichat, et en inaugurant au cimetière de l'Est un monument digne du grand anatomiste, mort couvert de gloire à 32 ans. — A. Ch.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Bouisson, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1873-1874, par M. Estor, agrégé.

— M. Garimond, agrégé libre (section de chirurgie) près la Faculté de médecine de Montpellier, est rappelé à l'activité pour trois ans à partir du 1er novembre 1873, en remplacement de M. Gayraud, qui est en congé.

— M. le docteur Serre (Jean-Hubert), né à Béziers (Hérault) le 7 juin 1844, est institué agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier (section de chirurgie et accouchements), par suite du concours ouvert le 1er avril 1872.

Cet agrégé entrera en exercice le 1er novembre 1874 pour en sortir le 1er novembre 1883.

— Par décret en date du 13 novembre 1873, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, et vu l'avis du conseil de l'ordre national de la Légion d'honneur, M. Notta, docteur en médecine à Lisieux (Calvados), est nommé chevalier de la Légion d'honneur. (Publications.)

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 12 novembre 1873, M. Chatin, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'École supérieure de pharmacie, est nommé directeur de l'École supérieure de pharmacie, en remplacement de M. Bussy, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire.

— Un monument vient d'être élevé à la mémoire du docteur Ceccaldi, médecin inspecteur du service de santé à Evisa (Corse), sa ville natale. L'inauguration de ce monument a eu lieu eu milieu d'une grande affluence de population. Plusieurs discours ont été prononcés à cette occasion. M. le docteur Frasseto, médecin principal en retraite, en traçant à grands traits la vie si bien remplie du docteur Ceccaldi, s'est surtout attaché à montrer les titres de cet homme de mérite et d'honeur à la vénération de ses compatriotes.

FIÈVRE JAUNE. — La fièvre jaune continue ses ravages aux États-Unis. A Shreveport, elle s'est étendue sur les plantations avoisinantes. A Menphis, il est mort en un jour 42 personnes, et 600 malades étaient en traitement au départ du dernier courrier. Le fléau ne paraît pas en décroissance. De Washington, de Louisville et de Nashville sont arrivés des secours pour les habitants des localités infectées, qui prennent la fuite afin d'échapper à la contagion.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA CHARITÉ. — M. Brouardel, suppléant de M. le professeur Bouillaud, commencera son cours le jeudi 20 novembre, à 9 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

CLINIQUE MÉDICALE. — M. le docteur T. Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses leçons de *clinique médicale*, dans l'amphithéâtre n° 3 de cet hôpital, le mardi 18 novembre 1873.

Cliniques médicale et chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine. — M. le docteur Duplay, professeur à la Faculté de médecine, commencera ses leçons cliniques le MARDI, 18 novembre, à 9 heures 1/2, et les continuera le mardi de chaque semaine, à la même heure.

Visite des malades, tous les jours, à 8 heures 1/2.

Opérations à l'amphithéâtre, le mardi, après le cours.

M. le docteur Peter, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses lecons cliniques le SAMEDI, 22 novembre, à 9 heures 1/2, et les continuera les mardi de chaque semaine, à la même heure.

Visite des malades, tous les jours, à 8 heures 1/2.

— M. le docteur Dieulafoy, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux, commencera son cours public de pathologie interne le lundi 17 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours public sur les maladies des yeux. — Le docteur Galesowsky commencera ce cours le mardi, 18 novembre, à huit heures du soir, à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. Ce cours sera consacré à l'étude : 1° des affections oculaires dans l'ataxie locomotrice ; 2° des troubles visuels occasionnés par les méningites, les tumeurs et les diverses autres affections cérébrales ; 3° des maladies intra-oculaires provenant de la syphilis, de la glycosurie, de l'albuminurie, etc., et 4° des amblyopies et des amauroses hystériques et simulées. Chaque séance sera suivie d'une démonstration ophthalmoscopique.

ERRATA. — Une faute typographique grave, et qui change le sens de la phrase, s'est glissée dans la citation faite dans le dernier numéro du passage de l'article de M. Chauffard. Notre éloquent confrère a écrit ceci : « . . . . Ne perdant rien et s'accroissant toujours, à travers son œuvre terrestre, est *destinée à survivre à cette œuvre.* » Le compositeur a mis : *est destinée à cette œuvre*, ce qui renverse absolument le sens.

Plus loin, au lieu de : écrivait Leibnitz à l'*hôpital*, lisez : à L'HÔPITAL.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES

1866—1873

Septième note, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 novembre 1873,

Par M. Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I. État actuel de l'épidémie. — *Documents statistiques* : Cas intérieurs et extérieurs. — II. Hôpital Saint-Antoine : M. le docteur Gombault. — III. Hôpital militaire du Gros-Caillou : M. le docteur Champenois. — Hôpital du Val-de-Grâce : M. le docteur Kelsch.

Messieurs,

L'épidémie a continué à décroître régulièrement depuis son début jusqu'à ce jour, et le tableau suivant en donne l'indication très-nette. Il n'y a eu, à vrai dire, qu'une seule explosion épidémique, qui a porté la première semaine les décès au chiffre maximum et qui, depuis, a été sans cesse en s'atténuant, sans qu'une seule exacerbation se soit montrée dans le chiffre des décès, chiffre qui, nous l'avons indiqué déjà, est le véritable critérium de la marche d'une épidémie.

TABLEAU

Indiquant, pour l'ensemble des hôpitaux et hospices civils, du 4 septembre au 12 novembre 1873, et par septénaire, le nombre des cas intérieurs, des cas extérieurs, le chiffre des décès pour chacune de ces catégories, le total des cas et des décès.

Septénaires	CAS EXTÉRIEURS — NOMBRE de cas.	CAS EXTÉRIEURS — NOMBRE de décès.	CAS INTÉRIEURS — NOMBRE de cas.	CAS INTÉRIEURS — NOMBRE de décès.	TOTAL DES CAS	TOTAL DES DÉCÈS
Du 4 au 11 septembre 1873	56	33	22	19	78	52
Du 11 au 18 id.	54	28	32	17	86	45
Du 18 au 25 id.	29	17	34	18	63	35
Du 25 septembre au 2 octobre	21	14	17	17	38	31
Du 2 octobre au 9.....	27	20	8	9	35	29
Du 9 id. au 16.....	33	15	7	4	40	19
Du 16 id. au 23.....	49	16	9	3	58	19
Du 23 id. au 30.....	15	10	9	6	24	16
Du 30 id. au 5 novembre.....	5	2	1	4	6	6
Du 5 novembre au 12.....	4	2	»	»	4	2
Totaux.....	293	157	139	97	432	254

Le tableau suivant donne la situation du choléra dans les hôpitaux pour la journée du 13 novembre :

État, par établissement, des malades cholériques admis, entrés et décédés dans les hôpitaux et hospices pendant la journée du 13 novembre 1873.

	Existant au matin.	Admissions de l'int.	Admissions de l'ext.	Total.	Sorties.	Décès.	Total des sorties et des décès.	Restant au soir.
Hôtel-Dieu	10	1	»	11	2	1	3	8
Charité	3	»	»	3	»	»	»	3
Beaujon.	1	»	»	1	1	»	1	»
Lariboisière.	5	»	»	5	»	»	»	5
Maison de santé. . .	2	»	»	2	»	»	»	2
Totaux . . .	21	1	»	22	3	1	4	18

Existant le 4 septembre au matin.			»
Entrés jusqu'au 13 novembre.			432
Total des malades traités.			432
Sorties.	160	. . .	414
Décès	254		
Restant le 13 novembre au soir.			18

Hôpital Saint-Antoine. Cholériques (hommes). — Service de M. le docteur Gombault :

« 25 octobre. G... (Pierre), 44 ans, cloutier. Avait depuis huit jours de la diarrhée, des vomissements et des crampes. Frictions avec éther ; enveloppement de ouate. Saignée de 400 gram. Les vomissements et les crampes cessent.

Le 26, les selles deviennent jaunes, mais restent abondantes. Le malade succombe le 28.

26 octobre. D... (Louis), 34 ans, perruquier. Est pris subitement le matin, à sept heures, en ouvrant la boutique. Apporté à l'hôpital à dix heures et demie, il avait 34°6 de température axillaire et était dans un état excessivement grave. Saignée de 350 grammes. Frictions avec la ouate et l'éther. La température remonte à 36°, puis à 37°2 ; le lendemain matin, elle était à 38°.

Après la saignée, la diarrhée cessa totalement ; les vomissements diminuèrent, mais les crampes persistèrent.

Le 28, le malade est dans la période de réaction ; il a seulement un hoquet persistant.

La fièvre et la réaction continuèrent, et le malade succomba le 30, à une heure de l'après-midi.

Du 30 octobre au 6 novembre, un seul cas.

A... (François), 63 ans, ouvrier en papiers peints. Entré le 31 octobre. Diarrhée, vomissements et crampes depuis huit jours. Mort le 6 novembre, à dix heures du matin. »

Hôpital militaire du Gros-Caillou. — M. le docteur Champenois :

« Depuis le 9 octobre, le choléra n'a donné lieu qu'à 8 entrées : 6 pour cholérines plus ou moins accentuées, et 2 cas suivis de mort.

Le premier décès a porté sur un soldat du 101e de ligne ; le deuxième sur un du 64e. Tous deux ont succombé le jour de leur entrée, en plein quatrième degré, algides, sans pouls, sans voix, le thorax voussuré et tympanique, l'épigastre creusé jusqu'au rachis, avec douleur térébrante au fond, sans vomissements, sans selles.

Bl... (101e) a présenté l'injection ordinaire des vaisseaux du cerveau par coagulation du

FEUILLETON

LES HOPITAUX D'IVROGNES AUX ÉTATS-UNIS.

Nous avons parlé des hôpitaux ou maisons de santé spécialement destinés aux ivrognes et où sont recueillies et soignées, aux État-Unis, les personnes atteintes de la passion, ou pour mieux dire de la maladie invétérée de l'alcool. Une revue de New-York, *the Atlantic Monthly*, a publié, voici quelques années déjà, sur les *inebriate asylums*, un article que la *Revue britannique* a reproduit et qui a excité en France une certaine curiosité ; il a soulevé plusieurs questions concernant les mesures à prendre contre l'alcoolisme et le traitement à suivre pour ceux qui en sont atteints.

M. le docteur Achille Foville a adressé sur le même sujet à la Société de tempérance, association française contre l'abus des boissons alcooliques, une étude où il rappelle que l'attention publique s'est préoccupée souvent des progrès de l'ivrognerie, qui sont plus graves sans doute en d'autres pays que dans le nôtre, mais qu'il importe cependant de combattre avec énergie. On s'est demandé, dit-il, si les institutions inaugurées aux États-Unis n'allaient pas apporter un remède efficace au mal sans cesse croissant ; et il cite tout d'abord ces lignes de l'article de l'*Atlantic Montthly* :

« L'ivrognerie est un vice commun en Amérique, assez commun pour qu'on ait songé à créer, à l'usage des buveurs endurcis, des maisons de santé spéciales, asiles ou hôpitaux d'ivrognes, où les malheureux enclins à la dégradante passion de l'alcool subissent, pendant un temps plus ou moins long, un traitement propre à les ramener à des habitudes de sobriété.

sang; les ecchymoses sous-arachnoïdiennes des lobes antérieurs; l'épuisement incomplet du liquide céphalo-rachidien;

De la *psorentérie* disséminée dans le petit et dans le gros intestin, confluente au voisinage de la valvule iléo-cœcale; de distance en distance, des plaques d'un rouge hortensia, des points hémorrhagiques superficiels ou sous-muqueux.

Estomac revenu sur lui-même; muqueuse épaisse, aréolée, semée de points hémorrhagiques.

Foie : 25 centimètres de longueur, 17 de largeur; poids : 1 kilogr. 340, flasque, graisseux, dense et tenace, d'une teinte fauve, marbrée de taches plus claires; vésicule biliaire pleine de bile foncée.

Rate : 170 grammes; 10 centim. 1/2 de diamètre, rouge, carnifiée.

Reins : 9 centim.; 135 grammes; teinte jaunâtre, constellée en rouge.

Adhérences interpleurales disséminées, interlobaires générales, surtout à gauche, et avec le péricarde. Engouement sec des deux poumons.

Pas de sérosité dans le péricarde; tache laiteuse en avant du cœur, à droite; points ecchymotiques en arrière, le long de l'interligne auriculo-ventriculaire; prédominance graisseuse à droite; du même côté, cavités pleines de sang noir, gélatineux. Cœur gauche vide et rétracté.

Dul... (64e de ligne). Les différences nécropsiques n'ont porté que sur le nombre et l'étendue des plaques rouge hortensia et sur leurs rapports avec les plaques de Peyer; sur l'absence d'adhérences; sur la vacuité des cavités droites du cœur.

Rate : 190 grammes, à infarctus multiples.

Reins : 110 grammes, pâles. — *Foie :* 2,100.

Deux typhoïdes ont aussi fini avec le facies cholérique.

Dans les cas suivis de guérison, les atteintes ont oscillé entre le deuxième et le troisième degré, avec affaiblissement + ou —, mais non extinction du pouls.

Pour le Gros-Caillou, l'épidémie réelle a commencé le 5 septembre et fini le 6 octobre. A partir de cette dernière date, la salle spéciale a été supprimée. Malgré les deux décès de la série du 9 octobre au 27, le cachet d'épidémicité n'était plus le même. »

Hôpital du Val-de-Grâce. M. le docteur Kelsch. — Suite et complément des notes précédentes :

« I. — V... (Léon), 21 ans 1/2, 115e de ligne. Caserné à Reuilly; entré le 30 octobre pour une diarrhée datant de cinq jours. Dans la nuit du 30 au 31, vomissements, sans crampes.

31 octobre matin. T. 36°6; 112 puls. Pas de crampes; physionomie très-alanguie; voix affaiblie. Urines albumineuses. — Soir. T. 37°2. P. 112. Cinq selles et quelques vomissements dans la journée. Urine, mais peu. Albumine et cylindres hyalins, granuleux; corpuscules de mucus.

L'ivrogne, disent les casuistes de l'ivrognerie, est un frère tombé qui ne peut, sans aide, se remettre sur ses jambes, et qui, avec une aide suffisante, finit généralement par se relever. C'est sur cette vérité pratique qu'ont été fondés les asiles en question, dont l'objet est de fournir aux frères tombés l'aide dont ils ont besoin. »

La description que l'auteur américain faisait de l'asile de Binghampton, dit M. Foville, ne manquait pas d'un véritable attrait. Aux portes d'une de ces élégantes villes modernes, que les progrès d'une civilisation encore jeune font pousser et croître si rapidement, dans certaines régions de l'Union américaine, sur une ligne importante de chemins de fer, près du confluent de deux cours d'eau considérables, la Susquehanna et le Chenango, au sommet d'une gracieuse colline d'où la vue s'étend au loin, s'élève un palais ou peu s'en faut. La façade principale est en pierres jaunâtres ; elle a 365 pieds de développement, quatre étages de hauteur, et une quarantaine de fenêtres à chaque étage; le style est gothique, et huit tours ou tourelles rompent la monotonie d'une si grande façade. Si l'on approche, on peut voir, sur une terrasse spacieuse, des hommes qui se livrent à divers exercices de corps; des gentlemen plus âgés, ayant la meilleure tournure, les regardent ou se promènent en causant; plus près de l'édifice, on entend le bruit des billards, les accords de la musique; on entre et l'on rencontre de vastes salons pour le jeu et la lecture, des salles à manger confortablement servies, des chambres meublées avec une élégance presque somptueuse. Tout semble indiquer que l'on est dans un hôtel de premier ordre, fréquenté par une société d'élite, et si l'on n'avait pas été prévenu d'avance, on aurait peine à admettre que l'on se trouve devant un hôpital spécialement consacré au traitement des ivrognes.

Ce traitement était confié, en 1868, au docteur Albert Day, qui nous est présenté en quelque sorte comme l'apôtre d'une doctrine nouvelle; il n'était devenu médecin qu'à une époque

1er novembre matin. T. 35°6. P. 76. La diarrhée seule persiste. Urines très-légèrement albumineuses; traces rares de cylindres. — Soir. T. 36°6. P. 84. A vomi trois fois; quatre selles. Pas de crampes.

2 matin. T. 36°3. P. 84. Trois selles dans la nuit. Urine. A vomi une fois. Les urines ne renferment pas d'albumine. — Soir. T. 36°5. P. 88. Id.

3 matin. T. 35°8. P. 88. Trois selles et cinq vomissements pendant la nuit. Les urines, rendues spontanément, sont de nouveau un peu albumineuses, mais ne renferment pas d'éléments histologiques. — Soir. T. 36°. P. 88. Quelques vomissements et selles dans la journée.

4 matin. T. 36°7. P. 76. — Soir. T. 36°9. P. 74.

5 matin. T. 36°3. P. 84. — Soir. T. 37°. P. 80.

Diarrhée et vomissements disparaissent peu à peu, et, à partir du 6, le malade peut être considéré comme convalescent. »

« II. — S... (Auguste), 25 ans, 115e de ligne. Caserné à Reuilly. Diarrhée simple depuis le 27 octobre, lorsque, le 30 au matin, s'y ajoutèrent des vomissements et des crampes. Envoyé à l'hôpital le 30 au soir.

31 matin. T. 36°8. P. 76. Crampes et selles séreuses pendant la nuit. Rien d'inquiétant dans l'état général. Urine peu. Les urines sont exemptes d'albumine. — Soir. T. 36°8. P. 84. Quelques crampes erratiques. Les urines renferment de rares traces de cylindres hyalins et granuleux.

Du 31 octobre au 4 novembre, le malade vomit encore çà et là, mais il se remet peu à peu, et, à partir du 5, il est considéré comme convalescent.

« III. — H... (Nicolas), 49 ans; civil, détenu à Cherche-Midi depuis le 1er septembre 1873. Le 30 octobre, à deux heures du matin, diarrhée séreuse; dans la journée, crampes, vomissements qui persistent le 31. Le 1er novembre, est envoyé dans mon service. Je le vois à trois heures du soir : T. 35°7. Pouls nul, cyanose, voix éteinte, extrémités et haleine froides. Pas d'urine depuis deux jours. Deux selles seulement dans la journée. Hier et avant-hier, leur nombre atteignait le chiffre de quinze à vingt. Dans la nuit dernière, le malade a encore vomi cinq fois; mais depuis son entrée à l'hôpital, les vomissements ont cessé. Langue froide, humide, soif intense; les matières rendues par le haut et le bas ont toujours été plus ou moins colorées en jaune ou en vert. La situation du malade paraît très-grave. — Mort le 2 novembre, à six heures du matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Cerveau : Peu de liquide céphalo-rachidien. La pie-mère est gorgée de sang noir. Le parenchyme cérébral a une teinte sombre, surtout dans la substance grise. Les vaisseaux sectionnés laissent écouler abondamment du sang noir poisseux. Pas de liquide dans les ventricules.

Thorax : Les viscères thoraciques présentent des lésions chroniques étrangères au choléra. Je signale seulement la raideur habituelle du cœur gauche et l'épaississement de ses parois.

---

assez avancée de sa vie; mais, depuis sa jeunesse, il joignait la pratique personnelle du *teetotalisme* le plus absolu aux sentiments de pitié et d'indulgence poussés aussi loin que possible, pour les victimes de l'intempérance. Il avait déjà, depuis longtemps, consacré tous ses soins à leur amendement, lorsque, nommé directeur de l'asile de Boston, il s'était appliqué à l'étude de la médecine et fait recevoir docteur. Appelé, depuis, à la tête de l'hôpital de Binghampton, il y avait apporté son expérience déjà ancienne et sa méthode de traitement.

Cette méthode est, à vrai dire, des plus simples et des mieux appropriées aux clients qu'il s'agissait de traiter. Comme ce ne sont pas des malades ordinaires, on leur donne très-peu de médicaments; on repousse, surtout, toute prétention à l'emploi de remèdes spécifiques. Les troubles physiques qui existent parfois au moment de l'entrée du malade, cèdent presque toujours promptement à l'abstinence absolue de toute boisson alcoolique, à un repos complet et à un régime doux; en cas de grande excitation, on a recours au bromure de potassium ou à l'hydrate de chloral.

La santé physique une fois rétablie, ce qui n'est jamais bien long, on commence la cure morale. Le but est de rendre à la volonté l'énergie nécessaire pour résister à l'attrait des boissons stimulantes; pour l'atteindre, on compte sur les effets de l'abstinence prolongée, mais surtout sur les encouragements amicaux, la réhabilitation morale, l'affermissement dans les bonnes résolutions, toutes choses qu'il est à peu près impossible de trouver dans un milieu social où les tentations sont continuelles, et où le malheureux ivrogne ne rencontre autour de lui que mépris, dégoût et répulsion, et qui, au contraire, deviennent simples et faciles dans une réunion d'où les tentations sont bannies, et où l'on est entouré de soins affectueux et d'indulgente sollicitude. La plupart des admissions sont volontaires, et c'est déjà une présomption favorable que d'avoir consenti à renoncer, pour un certain temps, à l'usage de la

Abdomen : Les organes sont visqueux, comme lubréfiés par un enduit mucilagineux.

a. Estomac, muqueuse généralement pâle, un peu de piqueté rouge çà et là.

b. Dans l'iléum, éruption psorentérique extrêmement confluente jusqu'au cœcum; saillie assez notable des plaques de Peyer. Congestion veineuse et capillaire extrêmement intense. Dans beaucoup de points, infiltrations sanguines sous-muqueuses; ces hémorrhagies occupent de préférence le sommet des replis.

c. Dans le gros intestin, un peu de psorentérie; injection rouge foncé par places seulement; sur quelques points ecchymoses sous-muqueuses.

d. Rate très-petite, infarctus rouges multiples.

f. Reins petits, ne paraissent pas altérés à l'œil nu; mais le microscope y montre une altération profonde de l'épithélium; celui-ci a subi la tuméfaction et la dégénérescence granulo-graisseuse, qui n'a manqué dans aucune de mes autopsies. Cette altération est générale dans la substance corticale : il n'y a pas un tube contourné qui soit sain; en outre de l'altération épithéliale, on trouve la lumière des tubes oblitérée par des masses granuleuses qui sont également intercalées entre la capsule et la glomérule de Malpighi. Cette lésion est beaucoup plus discrète dans les tubes droits. Elle manque tout à fait dans les canaux en anse de Henlé.

g. Foie. Rien de particulier : Tissu mou, onctueux; la coupe est marbrée de taches jaunes irrégulières (dégénérescence granulo-graisseuse des cellules glandulaires); vésicule biliaire distendue par une quantité considérable de bile vert foncé huileuse. Pas de gonflement sensible des ganglions mésentériques. »

« III. R... (Jean), 26 ans, 115e de ligne, caserné à Reuilly; était à l'infirmerie régimentaire depuis douze jours pour une diarrhée accompagnée çà et là de quelques vomissements et crampes erratiques, quand il fut envoyé à l'hôpital, le 8 novembre 1873. A ce moment, la diarrhée seule persiste; le malade est un peu affaibli, la voix est nette, la peau naturelle, le pouls bon, les urines abondantes et exemptes d'albumine; bref, il n'inspire aucune inquiétude, et actuellement il est tout à fait remis.

G... Cas léger; jamais d'albumine dans les urines. Convalescent à partir du 1er novembre.

B... A été un peu plus fortement touché que G... Les urines, pendant un certain temps, ont été albumineuses. Le minimum de la température axillaire a été de 35°8. Convalescent à partir du 4 novembre.

D... 31 octobre matin. T. 35°8. P. 84. Soir. T. 36°5. P. 80. — 1er novembre matin. T. 36°5. P. 76. Soir. T. 36°8. P. 76. — 2 nov. matin. T. 35°9. P. 76. Soir. T. 37°. P. 92. — 3 nov. matin. T. 37°2. P. 88. Soir. T. 38. P. 100. — 4 nov. matin. T. 38°4. P. 100. Soir. T. 38°5. P. 100. — 5 nov. matin. T. 37°8. P. 88. Soir. T. 37°3. P. 108. — 6 nov. matin. T. 36°7. P. 92. Soir. T. 37°4. P. 84. — 7 nov. matin. T. 36°4. P. 84. Soir. T. 36°8. P. 80. — 8 nov. matin. T. 36°5. P. 80. Soir. T. 36°8. P. 72. — 9 nov. matin. T. 36°2. P. 76. Soir. T. 37°2.

---

liberté. Cependant il est toujours à craindre que les bonnes résolutions ne durent pas assez longtemps. Aussi, afin de mettre une sorte de sanction pénale à une sortie prématurée, a-t-on soin de faire payer d'avance, aux malades entrants, un trimestre complet; c'est un moyen de s'assurer, au moins, un minimum de séjour au-dessous duquel les chances d'amélioration sérieuse se réduisent à bien peu de chose.

Quant au nombre des guérisons, il est très-difficile de le fixer, même approximativement, car beaucoup de malades, une fois sortis de l'asile, s'éloignent sans donner de leurs nouvelles, et l'on n'entend plus jamais parler d'eux. Il en est quelques-uns, néanmoins, qui continuent à écrire et à faire savoir que leur cure est durable. On espère que beaucoup d'autres sont dans le même cas.

Le tableau présenté par l'*Atlantic Monthly* était, on le voit, des plus séduisants, et l'on peut même se demander s'il ne touchait pas un peu à la réclame. Toujours est-il que cet article paraît avoir suffi pour donner, en France et ailleurs, une haute idée de l'institution de Binghampton et de la pratique du docteur Day. L'une et l'autre ont été, dans divers écrits scientifiques et littéraires, l'objet des plus grands éloges. Devant l'Assemblée nationale elle-même, lors de la discussion sur la loi répressive de l'ivresse, les hôpitaux spéciaux pour les ivrognes ont pu être représentés comme la meilleure digue à opposer au fléau de l'alcoolisme, comme le moyen qui, à lui seul, l'emporterait sur toutes les mesures restrictives et pénales et les rendrait inutiles.

Cette opinion nous paraît exagérée, dit M. Foville, et dans l'article même qui a le plus contribué à la faire naître, on aurait pu trouver, croyons-nous, des raisons sérieuses pour douter de l'efficacité réelle de cette séduisante théorie.

L'histoire de Binghampton ne manque pas, en effet, de côtés malheureux. L'établissement

P. 80. — 10 nov. matin. T. 36°5. P. 72. Soir. T. 36°8. P. 76. — 11 nov. matin. T. 36°7. P. 68. Soir. T. 37°1. P. 70. — 12 nov. matin. T. 36°8. P. 74.

Somnolence typhoïde; agitation; quatre à huit selles par jour. Vomissements très-rares. Urines rares, retirées par la sonde, très-albumineuses; cylindres hyalins et granulo-graisseux extrêmement abondants. Épithélium rénal libre, ou sous forme de tubes complets.

Dans la journée du 2, il s'est développé à la surface du corps, la face y comprise, un exanthème caractérisé par des macules larges; les plus petites, comme une tête d'épingle; les plus grosses, comme un pois, d'un rouge vif, s'effaçant par la pression, faisant une saillie légère, comme dans la rougeole; quelques-unes sont un peu acuminées. Le lendemain, les petites élevures rouges se confondent et forment des saillies plates, irrégulières comme l'urticaire, de l'étendue d'une pièce de 1 fr.; ces élevures sont soit blanches, comme dans cette dernière maladie, soit d'un rouge plus ou moins vif. Sur la face, l'éruption a la forme de toutes petites papules acuminées implantées sur un fond rouge. Enfin, le 5, l'éruption présente les caractères suivants : elle ne fait plus saillie à la surface de la peau; chaque tache présente trois zones concentriques : une externe, rouge, qui disparaît plus ou moins par la pression; une moyenne, beaucoup plus pâle; et une centrale, d'une teinte bleuâtre, qui ne disparaît pas par la pression. Pendant cette période, urines spontanées et copieuses, toujours albumineuses et chargées d'éléments histologiques. Somnolence typhoïde; agitation et délire nocturnes. Plus de crampes ni de vomissements. Deux ou trois selles par jour. Démangeaison à la peau.

L'éruption disparaît peu à peu. L'albumine des urines diminue de jour en jour; les éléments histologiques sont remplacés pendant un jour ou deux par une quantité considérable d'acide urique cristallisé. Le malade sort de sa somnolence; il cesse de délirer la nuit, demande à manger; bref, il se lève à partir du 12. »

Voici maintenant un appendice à la note de M. Kelsch, du 31 octobre, destiné à compléter l'histoire de quelques malades qui, alors, se trouvaient encore en traitement :

« G..., convalescent du 1er novembre.

B.... Albuminurie, desquamation des tubuli, cylindres hyalins et granuleux dans les urines; état typhoïde; rétablissement lent; convalescent à partir du 10 novembre.

U.... Mêmes troubles du côté du rein; état typhoïde moins concentré que chez B.... Convalescent à partir du 5 novembre.

Br.... Mort le 31 octobre, à huit heures du soir. Voici seulement les particularités les plus saillantes de l'autopsie.

Thorax : Ecchymoses sous-pleurales miliaires à la surface des deux poumons. Infiltration sanguine et œdémateuse des deux lobes inférieurs.

---

est né avec un caractère officiel; un acte spécial, voté en 1854, lui a conféré le titre d'asile des États-Unis, destiné au traitement et à la garde des ivrognes. Il semblait, dans le principe, destiné au classes laborieuses; le produit du travail imposé aux malades devait servir, avant tout, à couvrir leur dépense, puis le surplus aurait été envoyé chaque mois à leur famille ou réservé pour leur être remis à leur sortie. La constitution de l'asile une fois votée, l'État alloua des fonds; des souscriptions particulières furent levées, la ville de Binghampton fit don d'une ferme de quatre cents acres; néanmoins, la première pierre de l'édifice ne fut posée que le 24 septembre 1858.

Par malheur, le soin de faire construire et d'organiser l'établissement fut confié à un prétendu docteur anglais qui est représenté, par les uns, comme un des plus purs bienfaiteurs de l'humanité souffrante, par les autres comme un vulgaire aventurier, un chevalier d'industrie sans scrupule. Toujours est-il qu'au bout de six ou huit ans, on avait dépensé 5 millions de francs, et que les résultats obtenus étaient pour ainsi dire nuls; pour comble de revers, un incendie considérable consuma une partie de l'établissement, qui resta formé pendant plusieurs mois.

Ce fut alors que, pour le relever, on fit appel à l'expérience déjà éprouvée du docteur Albert Day. Le nouveau directeur arriva à Binghampton le 1er juin 1867, avec cinq pensionnaires qu'il amenait de Boston.

Le succès paraît avoir été d'abord rapide, car, au bout de vingt mois, on avait reçu 310 malades, et le nombre des pensionnaires présents, sans atteindre le chiffre de 500 que l'asile aurait pu contenir, était déjà de 82; mais le caractère primitif de l'institution était absolument changé. Au lieu de prolétaires qu'il s'agissait de racheter de l'ivrognerie par la sobriété forcée et le travail, on s'était fait, dans le but d'obtenir des prix de pension élevés, une clien-

Sur toute la surface postérieure du cœur gauche, pointillé ecchymotique sous-séreux. Raideur, consistance dure des parois du cœur gauche.

Abdomen : La muqueuse de l'estomac est le siége d'une injection capillaire très-vive qui lui donne une coloration rouge intense uniforme. Sur quelques points, il y a évidemment de l'infiltration hémorrhagique. Les valvules de l'intestin grêle sont gonflées et uniformément rouges. L'iléum renferme environ trois quarts de litre d'une masse noire diffluente, qui est du sang presque pur, plus ou moins altéré (le malade n'a jamais eu de selles hémorrhagiques). A la partie supérieure de ce segment intestinal, la muqueuse, d'une teinte rouge sombre (injection capillaire), présente, de distance en distance, des endroits sillonnés par des arborisations très-noires (congestion veineuse) ; infiltrations hémorrhagiques au sommet de quelques replis muqueux que porte la partie supérieure de l'iléon. Dans sa moitié inférieure, la muqueuse et la sous-muqueuse sont infiltrées partout d'une épaisse couche de sang qui donne à ces tuniques une coloration brunâtre ou ardoisée, et qui n'empêche pas de distinguer une psorentérie très-confluente, surtout vers la région cœcale.

Mélœna dans les trois portions du côlon. Les replis du côlon présentent, de distance en distance, des infiltrations sanguines noires, ardoisées. Follicules clos, hypertrophiés.

Dans l'S iliaque, une dizaine d'ulcères ; les plus petits sont lenticulaires ; les plus étendus ne dépassent pas la surface d'une pièce de 1 fr. Ces pertes de substance, dont les bords et le fond sont infiltrés de sang plus ou moins altérés, semblent être consécutives aux hémorrhagies interstitielles qui sont constatées plus haut.

Le rectum, qui renferme des matières stercorales jaunes et presque dures, ne présente rien de particulier.

Les ganglions mésentériques ne m'ont pas paru altérés.

Foie peu volumineux. Parenchyme ferme ; lobules petits ; coloration brune pâle, uniforme. Vésicule énormément distendue par une bile épaisse, visqueuse, couleur vert bouteille foncé.

Rate : Pèse seulement 140 grammes. Parenchyme ferme ; corps de Malpighi très-visibles.

Reins : Substance corticale très-pâle, granuleuse. Les pyramides sont plus foncées ; vers la base, elles sont striées de lignes alternativement rouges et blanches. Les altérations histologiques sont tout à fait semblables à celles rapportées dans l'observation de H..., citée plus haut.

Cerveau : Congestion veineuse très-forte de la pie-mère et du parenchyme. Celui-ci a une teinte sombre, surtout dans la substance grise. »

---

tèle presque exclusivement composée de gens riches, ayant reçu une éducation distinguée, et occupant des positions honorables ou même élevées dans la société ; aussi payaient-ils par mois une pension de 400 fr. qui n'était qu'accidentellement réduite ; on continuait cependant, disait du moins le règlement, à recevoir gratuitement un malade sur dix.

On aurait pu supposer que l'asile de Binghampton était enfin entré dans une phase de progression régulière, qui ne devait que s'accroître sous la direction d'un chef aussi habile que le docteur Day. Il n'en fut rien malheureusement ; l'année 1870 amena de nouveaux revers. Un second incendie détruisit toute la partie postérieure de l'établissement, et causa des pertes pécuniaires considérables. La gestion de l'asile fut vivement critiquée devant les Chambres ; les dépenses furent trouvées exagérées ; le docteur Day dut quitter son poste, et l'on entreprit encore une fois la réforme générale de l'institution.

Le directeur actuel est le docteur G. Douge ; il est entré en fonctions le 16 mai 1870 ; il se montre partisan d'une plus grande contrainte appliquée au traitement des ivrognes et voudrait que le séjour à l'asile, au lieu d'être volontaire, devînt obligatoire ; c'est à ce prix seulement qu'il espère obtenir des guérisons nombreuses et durables. En 1870, l'asile de Binghampton a reçu 220 malades, et la population moyenne a été de 60 ; en 1872, elle a été de 80.

(*La fin au prochain numéro.*)

Lotion contre les plaques muqueuses de la vulve. — Langlebert.

Liqueur de Labarraque.	100 grammes.
Eau distillée.	300 —

Mêlez. — On conseille aux femmes atteintes de plaques muqueuses de la vulve, de faire de fréquentes lotions avec ce liquide, et de recouvrir d'une couche de pommade au calomel les ulcérations qui viennent d'être lotionnées. Le même traitement est applicable aux plaques et aux ulcères de l'anus. Cependant, on obtient ordinairement un succès plus rapide, dans ce dernier cas, avec la décoction concentrée de ratanhia. — N. G.

BIBLIOTHÈQUE

ARSENAL DU DIAGNOSTIC MÉDICAL. Recherches sur les thermomètres, les balances, les instruments d'exploration des organes respiratoires, de l'appareil cardio-vasculaire, du système nerveux, les spéculums utéri et les laryngoscopes, par M. le docteur Maurice JEANNEL, avec 86 figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1873. Un volume in-8° de 232 pages.

Et ce sont, je vous assure, ô précieux lecteur, 232 pages bien remplies ! Notez qu'il ne s'agit ici que de l'arsenal *médical*, et point du tout de l'arsenal chirurgical, dont le simple catalogue exigerait de tout autres développements. Faut-il donc tant d'instruments pour faire de la médecine ? Eh ! mais, il n'en faut pas mal, lorsqu'il s'agit, ainsi que l'entend l'auteur, de faire du diagnostic. Or, sans vouloir dire, avec certains pathologistes, que le diagnostic est tout, on nous accordera bien, pensons-nous, que c'est par le diagnostic qu'il faut commencer, et qu'il constitue la partie la plus essentielle de la science médicale. Sans lui, en effet, on marche en aveugle ; on ne sait littéralement pas ce que l'on fait, et tout reste éternellement à recommencer. Si évidente que paraisse cette réflexion, nous avons dû la faire, parce que, à l'encontre des pathologistes en question, on a vu et l'on voit encore des thérapeutistes extrêmes affecter, à l'endroit du diagnostic, un dédain peu justifié. Ce n'est point une chose si facile que d'établir un diagnostic précis, ni si élémentaire, ni qu'il faille, comme nous l'avons entendu dire bien des fois, renvoyer aux élèves. Non-seulement les meilleurs s'y trompent, parmi les élèves, mais les maîtres et les plus illustres sont loin d'être infaillibles, même quand ils sont réunis et qu'ils forment un tribunal, un jury spécial de diagnostic. Ah ! quelle belle histoire, et qui ne manquerait pas d'imprévu, que celle de tous les concours où ce sont les candidats qui se sont trompés qui ont été couronnés, justement parce qu'ils s'étaient trompés avec tout le jury et de la même manière que lui ! Notez, ami lecteur, que, dans la plupart des cas auxquels il est fait allusion ici, il s'agissait des affections les plus vulgaires et les plus connues. Du moins, elles devraient l'être.

Personne n'a donc le droit de négliger les moyens que l'art met à la disposition du médecin pour reconnaître la nature d'une maladie, en déterminer le siége, etc. Toutefois, rien n'est plus fréquent que cette négligence. Beaucoup de praticiens se fient à leur coup d'œil, à leur expérience, à ce qu'on appelait jadis le tact médical ; d'autres, — les médecins de campagne notamment, — redoutent de s'encombrer d'un tas d'instruments et cherchent, au contraire, à simplifier jusqu'à la nudité leur fourniment professionnel. D'autres, enfin, ne se servent pas des armes dont se compose l'arsenal du diagnostic, par cette raison, un peu honteuse, qu'ils en ignorent absolument l'usage. A cet égard, on pourrait citer les faits les plus invraisemblables. Veut-on me permettre d'en rappeler un, et même deux, qui ont eu pour témoins et garants des professeurs de la Faculté de Paris ?

Appelé près d'une ancienne cliente, que je n'avais pas vue depuis longtemps, j'apprends par elle qu'elle est tombée malade, il y a plusieurs mois, et qu'elle ne peut pas se remettre. Elle est soignée par le docteur X... (Un nom étranger, affublé d'une étiquette de fantaisie. Il a une magnifique clientèle.) Le diagnostic qu'il a porté est : inflammation chronique d'entrailles. J'examine la malade, et je trouve un épanchement considérable occupant toute la hauteur d'un des côtés de la poitrine. A part un peu de dyspepsie, tous les symptômes, d'ailleurs, se rapportent à une pleurésie chronique : — Votre médecin, lui dis-je, vous a-t-il auscultée ? — Mais non, répond-elle avec quelque vivacité, il n'a jamais voulu. — Comment cela ? — Je lui en ai parlé souvent, répond-elle, parce que je souffrais de la poitrine bien plus que du ventre, et un jour, impatienté, il m'a répondu : « Est-ce que vous croyez à ces choses-là, vous ? Il y a bien des médecins qui font semblant d'écouter dans le dos de leurs malades, et, si vous y tenez absolument, j'en ferai autant ; mais cela ne sert pas à grand'chose. » Et, comme je restais abasourdi : — « Vous avez, me dit-elle, l'air de ne pas me croire. C'est cependant l'exacte vérité. Indiquez-moi toujours ce que je dois faire. »

Je l'envoyai au professeur S..., qui la tira de ce mauvais pas. Plus tard, elle retourna à son vomissement et reprit le médecin au nom étranger. Il a une si belle clientèle !

A quelque temps de là, un de mes bons amis m'écrit, de l'étranger, me priant d'aller voir un de ses amis d'enfance au sujet duquel il a de sérieuses inquiétudes. La famille, prévenue de son côté, me fait appeler. Le malade, âgé d'une quarantaine d'années et porteur d'un des noms les plus illustres du régime parlementaire, me raconte qu'il s'affaiblit et maigrit de plus en plus depuis deux ans. Il est traité pour une diarrhée chronique, consécutive à une inflammation d'entrailles, par le docteur X... (le même). J'examine, et je trouve un cancer ulcéré du rectum. Interrogé par la famille, je porte le pronostic le plus grave. On se récrie : « Mais ce n'est rien ; mais il a déjà été plusieurs fois plus mal que ça ; mais le docteur X... nous a

tout à fait rassurés ces jours derniers! etc., etc. » J'exige que le professeur Trousseau, qui avait, antérieurement, soigné un des membres de la famille, soit immédiatement appelé. Il vient le lendemain matin, et met le doigt, du premier coup, sur la lésion. Ce n'était malheureusement que trop facile. En descendant l'escalier, Trousseau me dit : « Ah çà, toute cette famille est bien émue; comment diable avez-vous attendu aussi longtemps pour la préparer au coup qui la frappe? — Mais, mon cher maître, j'ai vu ce malade hier pour la première fois. — Qui donc le soignait? — Le docteur X... Trousseau mit les mains dans ses poches. — Ah! c'est X...! Je ne m'étonne plus : il est ignorant comme une carpe! D'abord, ce n'est qu'un officier de santé. — Bah! interrompis-je assez bêtement, un homme qui a une si belle clientèle! — C'est vrai, reprit Trousseau, il a une magnifique clientèle. Ah! voilà, il a de l'entregent et du savoir-faire. Et puis, c'est son étiquette. Le public est si bête! Mais, pour le reste, je vous réponds que c'est bien le plus ignare des officiers de santé. J'en sais quelque chose, car c'est moi qui l'ai reçu, en 1848, dans un moment de distraction. C'est un de mes remords. »

Ce n'est assurément pas pour les médecins de la trempe de celui dont il s'agit que M. le docteur Maurice Jeannel a écrit son livre. Car, ainsi qu'il le dit dans son introduction : « Pour bien traiter une maladie, il faut, avant tout, la connaître. Un médecin qui saurait tirer parti de toutes les ressources qui lui sont offertes pour arriver à la connaissance des maladies, serait, sans contredit, puissamment armé; mais la plupart les négligent ou les ignorent. Les négliger est une faute à laquelle nous ne saurions remédier; les ignorer est un *desideratum* contre lequel voudrait lutter notre travail. Cette ignorance n'a, en effet, d'autre excuse que la multitude et la dissémination de ces ressources : contre leur multitude, nous ne pouvons rien; contre leur dissémination, nous proposons la collection des documents, l'*Arsenal du diagnostic médical.* » Voilà l'idée qui a donné naissance au livre. Hâtons-nous d'ajouter que l'auteur l'a réalisée aussi bien que possible, dans les limites qu'il s'était tracées.

Négligeant les moyens de diagnostic qui résident dans les sens nus (inspection, palpation, etc.), il s'est attaché exclusivement à la description des instruments qui étendent le pouvoir des sens. Mais cette description n'est pas simplement technique, et c'est ce qui donne à l'ouvrage de M. le docteur Maurice Jeannel une valeur propre. Elle est en même temps historique et critique : « Nous avons pensé, dit-il, qu'il serait instructif de suivre les progrès successifs des divers instruments d'exploration que nous avons décrits; aussi nous sommes-nous attaché, autant qu'il nous a été possible, à l'ordre chronologique. » Il a eu parfaitement raison. Des cinq divisions du livre, la première est consacrée aux procédés d'exploration de l'état général (thermométrie et pesées); la deuxième comprend tout ce qui se rapporte à l'appareil de la respiration (auscultation médiate, percussion, mensuration, spirométrie, pneumographie, ponction explorative); la troisième, l'appareil cardio-vasculaire (cardiographie, sphygmographie, etc.); la quatrième, le système nerveux et le système musculaire (cérébroscopie, exploration de la moelle, de la sensibilité et des sens, la dynamométrie); dans la cinquième sont étudiés les spéculums *uteri* et la laryngoscopie.

L'auteur s'est excusé, dans l'introduction, de n'avoir parlé ni des appareils électriques, ni des microscopes, ni des ophthalmoscopes, ni des spéculums *auris*, etc. C'est le seul reproche que nous voulions lui faire, mais les raisons qu'il allègue ne nous ont pas convaincu. Si considérables que soient les spécialités auxquelles se rapportent les instruments ci-dessus, elles font partie de la médecine. Le soin que M. le docteur Maurice Jeannel a mis à traiter la partie de l'*Arsenal du diagnostic médical* qu'il livre au public, nous fait vivement regretter qu'il n'ait pas jugé à propos de donner, des instruments de diagnostic, un tableau plus complet.

Maximin LEGRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 novembre 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

De la névrite du nerf optique.

M. Panas a fait une communication très-intéressante sous le titre suivant : *Phlegmon orbitaire suite d'érysipèle de la face; — méningo-encéphalite consécutive; — perforation spontanée par ostéite des os du crâne; — névrite optique avec amaurose.*

L'intérêt de cette communication nous engage à la reproduire *in extenso*.

Un jeune homme de 21 ans entre dans le service de M. Panas, le 15 mai 1873, avec tous les signes d'un phlegmon de l'orbite gauche développé dans le cours d'un érysipèle spontané de la face remontant au 6 mai.

A l'entrée du malade dans les salles on constate ce qui suit :

Exophthalmie rendant l'occlusion des paupières incomplète; aussi la cornée correspondante est-elle le siége d'une ulcération superficielle à son sommet.

Chémosis inflammatoire avec veines sous-conjonctivales variqueuses.

Mobilité de l'œil limitée, surtout en haut et en dedans, endroit où l'on sent par le toucher une induration phlegmoneuse plus développée que partout ailleurs.

Pupille largement dilatée, avec amblyopie notable, et il est à noter que l'atropine exagère la mydriase; ce qui prouve que les fibres radiées de l'iris, animées par les filets sympathiques, n'ont pas été atteintes.

A l'ophthalmoscope, on trouve la pupille optique blanche, les artères rétiniennes presque absentes, et les veines congestionnées formant des circonvolutions.

Le malade accuse peu de douleur et n'a point de fièvre.

Le premier jour, une ponction est faite dans le grand angle de l'œil, qui laisse écouler une cuillerée à café de pus bien lié.

Un tube à drainage y est laissé à demeure.

Le 25 juin, après quelques jours de douleurs, perforation du tympan gauche et écoulement de pus par l'oreille, qui persiste depuis lors.

Le 6 juillet, dans la nuit, cris, et attaque épileptiforme qui disparaît dans la journée.

Le 12, empâtement de la fosse temporale correspondante, et la vision, qui allait en diminuant de jour en jour, se trouve définitivement abolie, alors que l'ulcération de la cornée était déjà cicatrisée et que l'œil avait repris presque complétement sa place dans l'orbite.

Le 17, douleurs violentes à la tête et cris dans la nuit, qui se calment le lendemain.

Le 6 août, gonflement temporal progressivement croissant. Empâtement de toute la moitié correspondante du crâne, et nouvelle attaque épileptiforme dans la nuit.

Le 25 septembre, on sent un point de fluctuation profonde au niveau de la suture écailleuse du temporal.

Le 5 octobre, la fluctuation étant devenue plus évidente, on y pratique une incision intéressant toutes les parties molles jusqu'à l'os, après avoir chloroformé le malade. Au fond de l'incision, on trouve une cuillerée de pus sous le périoste décollé, et l'on sent que l'os temporal offre deux perforations par où le stylet peut pénétrer assez profondément dans le crâne, sans qu'il en sorte une seule goutte de pus. Les deux orifices étaient séparés entre eux par un petit pont de tissu osseux qui fut enlevé à l'aide de la gouge.

Une trépanation en règle ayant été jugée inopportune, la plaie fut pansée à plat.

Le 8 octobre, alors que le malade allait très-bien, et que l'incision pratiquée avait considérablement diminué l'empâtement de la région temporale, le malade fut repris d'un nouvel érysipèle, dont il guérit le 25 du même mois, mais en conservant une raideur du cou, de la dysphagie, et une tendance à la somnolence.

Le 26 octobre il est pris de fièvre sans cause apparente. Une nouvelle attaque épileptiforme se déclare dans la nuit.

La fièvre continue; douleurs de tête violentes et cris dans la nuit du 31, puis coma. Respiration stertoreuse et mort le 1er novembre, à dix heures du matin.

Autopsie le 2 novembre :

Toute la cornée sphénoïdale du cerveau (lobe moyen gauche) n'est qu'une bouillie purulente, parsemée de foyers purulents et de nodosités tuberculiformes, qui ne sont autre chose que du pus en voie d'inspination régressive.

Cette altération avait marché de la circonférence au centre, mais sans que la circonvolution de l'*insula*, la couche optique et le corps strié en fussent sensiblement atteints; aussi est-il à noter que l'individu n'avait jamais éprouvé, pendant la vie, aucune perte de la sensibilité, ni du mouvement volontaire, ni même de l'intelligence, en dehors de ses attaques épileptiformes.

Les méninges, dans toute la fosse sphénoïdale, étaient adhérentes, infiltrées de pus. Mais il n'y avait là aucune collection purulente extra-cérébrale. La dure-mère, qui était intacte, n'adhérait que faiblement aux os sous-jacents, qui étaient atteints d'*ostéite raréfiante*, et les trous dont nous avons parlé n'étaient que la conséquence de la résorption du tissu osseux en ce point.

Une autre usure s'était faite à la base, dans cette espèce de scissure intermédiaire au rocher et à l'écaille du temporal. Le trou qui en résultait faisait communiquer le foyer de la suppuration avec la caisse du tympan; aussi le pus qui s'écoulait par l'oreille prenait sa source dans la lésion intra-crânienne.

A côté de ces lésions principales, il y avait une méningite généralisée et suppurée de la base qui s'étendait jusqu'à la face inférieure de la protubérance et du bulbe. C'est à cette complication qu'il faut attribuer la cause prochaine de la mort et les accès convulsifs qui ont fait leur apparition à plusieurs reprises dans le cours de la maladie.

Les autres parties du cerveau, les ventricules, la voûte à trois piliers, ainsi que le chiasma et les bandelettes optiques, étaient saines. Seul, le nerf olfactif du même côté nous a semblé diminué de volume.

Passons maintenant aux lésions intra-orbitaires, dont l'intérêt anatomo-pathologique se rattache à l'étude du nerf optique entièrement privé de ses fonctions pendant la vie, ainsi qu'il a été dit dans l'observation.

Le globe de l'œil n'offre aucune lésion extérieure et apparente. Le tissu cellulaire lâche, contenu dans la capsule de Tenon, est souple et tout à fait normal, ainsi que cette capsule elle-même. Par contre, toutes les parties molles (graisse et muscles) situées en arrière de la capsule fibreuse de l'œil, autrement dit vers le sommet de l'orbite, sont décolorées, lardacées, et témoignent de l'inflammation phlegmoneuse dont elles avaient été le siége. En ce point, tout semble confondu, même le nerf optique, qu'il faut sculpter pour l'isoler du reste. L'artère et la veine ophthalmiques, quoique très-réduites de volume, sont perméables, et il en est de même du sinus caverneux.

Il suit de là :

1° Que la moitié postérieure seule du nerf optique s'est trouvée en rapport avec la lésion orbitaire ;

2° Que l'inflammation érysipélateuse s'est propagée dans le tissu cellulaire de l'orbite (phlegmon orbitaire proprement dit) et de là dans le crâne par la fente sphénoïdale, sans passer par la veine ophthalmique et le sinus caverneux (phlébite optique), et sans intéresser le tissu cellulaire rétro-bulbaire et la capsule de Tenon.

Ainsi s'explique, d'une part, l'absence de l'infection purulente qui, d'après ma propre expérience, est la terminaison à peu près fatale de la phlébite optique, suite d'anthrax et autres lésions de la face, et, d'autre part, la conservation pendant la vie de la mobilité du globe.

On pourrait supposer que l'atrophie du nerf optique dépendait ici de la compression exercée sur le nerf par le phlegmon rétro-bulbaire ; mais, sans nier que cette compression y ait contribué pour sa part, nous allons voir que la lésion provenait de tout autre chose, à savoir, de la *névrite* qui s'était emparée de la totalité du nerf, depuis le tronc optique jusqu'à son insertion sur le bulbe.

Ce nerf n'avait effectivement rien perdu de son volume, seulement il se montrait d'un blanc mat et tout à fait exsangue.

Sa consistance était plus dure qu'à l'état normal. Des coupes faites sur divers points perpendiculairement à son axe ont permis de constater que la substance nerveuse avait fait place à un tissu grisâtre, translucide, homogène, confondu avec la gaîne fibreuse et le névrilème, et entièrement formé de tissu conjonctif en voie de prolifération.

Ce n'est que tout à fait au centre qu'on apercevait encore un simple tractus blanchâtre, dernier vestige de la substance nerveuse primitive. Quant à l'artère centrale de la rétine, il n'en existait plus trace.

Une chose digne de remarque, c'est que la substance nerveuse centrale allait en diminuant depuis le tronc optique jusqu'au globe de l'œil, à tel point, qu'au voisinage de ce dernier, il n'en existait plus trace.

En résumé, on avait affaire ici à une atrophie nerveuse par *substitution celluleuse*, conséquence de la névrite, et non à une atrophie par *résorption* de tous les éléments constitutifs du nerf, comme cela s'observe à la suite de la simple compression de celui-ci.

On sait depuis longtemps que, parmi les exophthalmies, deux cas peuvent se présenter :

Tantôt, une fois l'œil rentré dans l'orbite, la fonction visuelle se rétablit, et, d'autres fois, la fonction reste à jamais abolie et va même en déclinant de plus en plus.

Il est permis dès lors de distinguer deux groupes de faits, et de penser que, dans l'un, il s'agit simplement d'une paralysie par compression pure, tandis que, dans l'autre, la névrite optique joue le principale rôle ; aussi la désorganisation du nerf continue, alors même que la cause qui l'a produite viendrait à disparaître.

Un détail non moins important, c'est de voir que la névrite, qui, dans ce cas, avait procédé d'arrière en avant, a entraîné une désorganisation *récurrente* du nerf, ce qui ferait supposer que la fibre nerveuse sensitive se trouve soumise à une influence nutritive de la part des cellules centrales auxquelles elle aboutit, puisque l'on voit cet élément dégénérer avec plus de rapidité à la périphérie qu'au centre, sous l'influence de la cause morbifique : ici la *phlegmasie conjonctive, proliférante*.

C'est là un détail n'anatomie pathologique que M. Panas tenait à bien faire ressortir, d'autant plus qu'il n'a pas eu l'occasion de le trouver mentionné dans les livres qui traitent de la *névrite optique*, indépendamment de la rétinite papillaire.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

Éphémérides Médicales. — 18 Novembre 1686.

Le roi subit, à Versailles, l'opération de la fistule à l'anus. Félix, son premier chirurgien, eut la bonne pensée d'inventer pour cela le *bistouri à la royale*, qui lui valut 50,000 écus et la terre des Moulineaux, estimée à la même somme. La fistule à l'anus de Louis XIV coûta à la France environ un million de notre monnaie. N'est-ce pas un peu cher ? —A. Ch.

COURRIER

Installation d'une infirmerie centrale a la prison de la Santé. — Dans la séance du 13 novembre 1873 du Conseil général de la Seine, M. le rapporteur rappelle que le Conseil a ajourné le vote du crédit demandé de 77,316 francs, afin d'entendre les explications de M. le prefet de police.

M. Ch. Loiseau reproduit les arguments qu'il a déjà opposés à cette création. Les infirmeries spéciales existant dans chaque prison sont très-suffisantes et les médecins des prisons ne consentiront pas à voir leurs malades transférés dans cette infirmerie, lorsqu'ils peuvent les soigner eux-mêmes. Il suffirait d'améliorer le régime alimentaire des infimeries établies dans les prisons.

M. le Préfet de police : Il y a des cas de maladies graves où l'on ne peut traiter les détenus dans leur prison. De tout temps, dans ces cas-là, on les a transportés à l'hôpital. Cette promiscuité des prisonniers avec les malades a éveillé la susceptibilité très-légitime de l'Assistance publique. De plus, le régime de l'hôpital favorise les évasions. Pendant le siége de Paris, on a craint un instant l'invasion du scorbut dans les prisons ; c'est alors qu'on a organisé une infirmerie centrale à Sainte-Pélagie; c'est cette infirmerie, très-insuffisante, qu'on a transportée, en la développant, à la prison de la Santé. Là les prisonniers ont de l'air, et sont mis à un régime qui est exactement semblable à celui des hôpitaux, sans en avoir les inconvénients. Les médecins des prisons, loin de s'opposer à ce système, y sont très-favorables : et il ne saurait en être autrement, puisqu'ils savent que leurs malades y trouvent des conditions que les infirmeries ordinaires des prisons ne présentent pas.

M. Hérold appuie la création de l'infirmerie centrale, au point de vue de l'humanité en même temps qu'au point de vue de l'exécution de la loi ; il faut, en effet, que la peine soit appliquée, et le dépôt des prisonniers dans les hôpitaux est une modification de la peine non prévue par la loi.

A la suite de quelques observations dans le même sens de MM. Desouches et Depaul, et d'une réplique de M. Ch. Loiseau, le crédit est adopté.

Clinique médicale de la Charité. — M. Brouardel, suppléant de M. le professeur Bouillaud, commencera son cours le jeudi 20 novembre, à 9 heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— Le docteur Reliquet a commencé son cours *sur les maladies des voies urinaires* le lundi 10 novembre, à 7 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

État sanitaire de la ville de Paris. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 14 novembre on a constaté 763 décès, savoir :

Variole, 0 décès ; — rougeole, 5 ; — scarlatine, 1 ; — fièvre typhoïde, 22 ; — érysipèle, 6 ; — bronchite aiguë, 28 ; — pneumonie, 47 ; — dysenterie, 1 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 6 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 2 ; — angine couenneuse, 10 ; — croup, 14 ; — affections puerpérales, 2 ; — affections aiguës, 265 ; — affections chroniques, 298 (dont 159 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 35 ; — causes accidentelles, 21.

Londres. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 2 au 8 novembre : 1,832. Variole, 1 ; rougeole, 116; scarlatine, 17; fièvre typhoïde 26; érysipèle, 12; bronchite, 386; pneumonie, 128; dysenterie, 1 ; diarrhée, 18; choléra nostras, 0; diphthérie, 7; croup, 16; coqueluche, 49.

Rome. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 27 octobre au 2 novembre : 108. Variole, 1 ; rougeole, 0; fièvre typhoïde, 2; érysipèle, 0; bronchite, 6; pneumonie, 4; diphthérie et croup, 5.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'élection qui s'est faite hier dans la section de médecine vétérinaire a été très-accidentée, et n'a pas exigé moins de trois tours de scrutin, dont un scrutin de ballottage. Le candidat vainqueur, M. Goubaux, ne l'a emporté que d'une voix sur son compétiteur, M. Leblanc, qui, au deuxième tour, n'avait manqué la victoire que d'une voix. Mystères du scrutin!

Après cette élection, M. Laboulbène, candidat dans la section d'anatomie pathologique, a lu un mémoire, que nous publierons prochainement, sur le sable intestinal.

Le rapport de la commission sur le prix Amussat a été fait par M. Armand Moreau. Les conclusions de ce rapport ont été votées en comité secret.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE du Dr SICHEL.

UN CAS DE KÉRATITE BULLEUSE. — NOMBREUSES RÉCIDIVES. — GRANDE AMÉLIORATION PAR LES COURANTS CONTINUS ET PAR L'IRIDECTOMIE (1).

Par M. Léon BRIÈRE, chef de clinique.

Les récidives se multiplient depuis quelque temps. Tout travail est impossible; la malade souffre beaucoup et demande à tout prix du soulagement. M. le docteur Sichel ouvre alors la bulle avec une pince, et enlève toute la partie de l'épithélium qui est décollée, afin de provoquer sa reproduction sur la cornée, et, grâce à un travail inflammatoire, son adhérence à la membrane élastique antérieure. Cette petite manœuvre opératoire provoque une douleur extrêmement vive, laquelle dure pendant plusieurs heures. Bandage compressif.

27 février. L'épithélium s'est reproduit intégralement. Il n'y a pas de bulles, mais encore quelques douleurs. On continue la compression et le régime reconstituant.

3 mars. Début d'une nouvelle attaque hier, toujours vers dix heures du matin. Actuellement, bulle énorme au même endroit que les précédentes et œdème notable des paupières. L'œil droit reste toujours sain. Si l'on répète sur la malade l'expérience du compas des frères Weber, on trouve la sensibilité partout conservée du côté gauche comme du côté droit de la face; la moitié inférieure de la cornée est seule le siége d'une anesthésie notable.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 15 novembre.

FEUILLETON

LES HOPITAUX D'IVROGNES AUX ÉTATS-UNIS (1).

Telle est l'histoire de l'asile ou hôpital de Binghampton, c'est à peu près le seul dont la réputation ait pénétré dans notre pays. Sans prétendre que les nombreux mécomptes qui ont déjà signalé son existence, encore courte, eussent pu être évités, ni qu'il faille désespérer de voir cet établissement entrer, avec le temps, dans une voie durable de prospérité et d'utilité réelle, nous croyons ne rien exagérer en disant que l'expérience n'a pas été assez significative ni assez favorable pour résoudre le problème du traitement des ivrognes dans des asiles spéciaux. Binghampton est, à nos yeux du moins, une entreprise qui a absorbé un énorme capital sans pouvoir offrir aux indigents travailleurs le refuge qui leur avait été promis, et qui n'a pu se remettre partiellement à flot qu'en changeant de caractère et en se transformant en une sorte d'hôtel du grand monde où viennent se refaire, tant bien que mal, par une saison de sobriété obligatoire, les dévoyés qui, malgré une bonne éducation et une place distinguée dans la société, n'ont pas su se défendre contre les tentations de l'alcool.

Nous ne prétendons pas qu'à ce dernier titre il ne rende pas encore de réels services en Amérique; mais, sérieusement, quoi qu'on ait pu dire des progrès de l'ivrognerie dans notre pays, la France ne saurait fournir une clientèle d'ivrognes, payant des pensions annuelles de 5,000 fr. pour être mis dans l'impossibilité de boire; les classes aisées et éclairées de notre pays sont restées sobres, sauf de très-rares exceptions, et ce n'est pas pour les gens du grand

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

On enlève de nouveau l'épithélium soulevé par une petite goutte d'un liquide transparent, hyalin.

6 mars. Nouvelle atteinte d'*herpès de la cornée*. Si nous donnons cette dénomination à l'affection que nous étudions, nous sommes engagés à la considérer comme un trouble trophique analogue au zona, et l'emploi de l'électricité paraît indiqué. On commence donc l'usage des courants continus descendants, avec 6 éléments d'une pile de Gaiffe.

Deux jours après, de huit à dix heures du matin, les yeux deviennent larmoyants; de dix heures à midi, la mère de la jeune fille constate la formation, sur le centre de la cornée, de deux phlyctènes de la grosseur d'un grain de millet chacune. L'électricité est continuée néanmoins, et a l'avantage immense de *faire disparaître la douleur*; le pôle positif étant placé à la tempe et le pôle négatif sur l'œil.

Du 9 au 30 mars, les séances d'électricité sont très-exactement suivies par la malade, qui y trouve un véritable soulagement. L'œil devient rouge de temps à autre; du 12 au 14, une petite bulle se forme, mais, en résumé, il n'y a pas d'attaque. *Plusieurs fois les douleurs disparaissent comme par enchantement sous l'action de 8 à 10 éléments de la pile de Gaiffe.*

L'épithélium reste trouble dans la moitié inférieure de la cornée, mais il n'est plus soulevé comme par le passé. *On l'enlève néanmoins à différentes reprises, et chaque fois il se reproduit du jour au lendemain.*

Le 31 mars. On note qu'il n'y a pas d'attaque franche et aiguë depuis trois semaines.

Comme les douleurs ont reparu deux fois et que l'affection n'est pas encore guérie; comme on a remarqué que le début des attaques a toujours lieu le matin avec une sorte d'intermittence, on prescrit du sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 50, puis de 1 gramme par jour. Ce traitement et l'électricité sont continués jusqu'au 10 avril.

La malade constate elle-même un mieux sensible. Elle ne souffre plus et *peut reprendre son travail.*

Le 10 avril, on cesse l'électricité et le sulfate de quinine.

Du 15 au 26 avril, la malade ne revient plus. Il y a lieu d'espérer qu'on a obtenu la guérison.

26 avril. Nouvelle récidive depuis huit heures du matin. A une heure, nous trouvons une grosse bulle sur la cornée. On reprend le sulfate de quinine et l'électricité.

Le 3 mai. Ce dernier traitement est forcément suspendu par l'absence de la malade à la clinique pendant cinq jours.

Le 8 mai. Bulle énorme. Récidive telle qu'on n'en a pas encore observé depuis deux mois. La santé générale reste bonne.

Ainsi, en résumant cette observation, nous nous trouvons à six mois du début, à la vingt-sixième ou à la vingt-septième attaque; celles-ci ont presque toujours débuté entre dix et douze heures du matin. Leur durée moyenne a été de deux jours. Elles ont reparu à intervalles irréguliers, laissant tantôt deux jours, tantôt trois, six, douze ou quinze jours, même

---

monde qu'il convient d'ouvrir un port de salut contre les séductions d'un vice aussi dégradant.

En un mot, l'asile de Binghampton, malgré ce qui a été dit par quelques auteurs français, ne nous paraît pas être un exemple qui puisse être utilement suivi chez nous; ce n'est pas sur son imitation qu'il faut compter pour combattre efficacement les maux causés par l'intempérance. Mais cet asile n'est pas le seul qui existe aujourd'hui en Amérique, et il y aurait lieu de se demander si les autres hôpitaux spéciaux aux ivrognes ne rempliraient pas mieux le but.

Pour répondre à cette question, ajoute M. Foville, les éléments manquaient complétement jusque dans ces derniers temps; aussi avons-nous cherché à combler cette lacune en nous procurant des documents authentiques provenant, autant que possible, des institutions elles-mêmes. Le résultat de nos recherches a été publié, il y a un an environ, dans les *Annales d'hygiène* et dans les *Annales médico-psychologiques*. Il convient de les rappeler succinctement, en les complétant à certains égards, au moyen de documents encore plus récents qui nous sont fournis par une enquête parlementaire faite en 1872, sur l'ordre de la Chambre des communes, au sein d'une commission réunie sous la présidence de M. le docteur Darymple, membre du Parlement.

Il y a longtemps que la création d'hôpitaux spéciaux a été réclamée en Amérique; l'un des plus grands médecins des États-Unis, Benjamin Rush, dont la mémoire est célèbre tant à cause de la valeur de ses ouvrages scientifiques que de la part qu'il a prise à la déclaration d'indépendance, demandait dès 1804 qu'on créât, dans chaque ville ou chaque comté des États-Unis, un hôpital spécial pour les personnes adonnées à l'ivrognerie.

La même demande, fondée sur des considérations scientifiques et humanitaires, a été renouvelée nombre de fois, notamment par les docteurs Bradford et Woodwart. Une pétition dans le même sens fut présentée en 1841 aux Chambres de l'État de Massachusets.

trois semaines et un mois de repos. Chaque attaque a été caractérisée par un larmoiement considérable, par une douleur le plus souvent vive et une hypérémie conjonctivale intense, et constamment par une bulle cornéenne, laquelle a terminé l'apparition des accidents du début et affectait tantôt la forme hémisphérique, tantôt la forme en bissac.

Les courants continus avaient produit, seuls ou aidés par le sulfate de quinine, une amélioration incontestable, mais celle-ci était insuffisante. La maladie se prolongeait, et il y avait urgence d'aviser à l'emploi d'un autre agent thérapeutique.

Vu la dureté du globe signalée plus haut, vu les douleurs vives hémicrâniennes, vu également la diminution de sensibilité cornéenne et les alternatives de mieux et de pire observées dans la vue de la malade, l'hypothèse d'une affection glaucomateuse d'une nature particulière pouvait avoir du crédit. On verra plus loin que tel fut aussi l'avis de M. le docteur Wecker.

M. le docteur Sichel se décida, en conséquence, à traiter cette affection comme un glaucome et proposa l'iridectomie. La malade accepta; tout fut convenu avec sa famille pour l'opération, le jour et l'heure arrêtés. Quelques jours nous séparaient de la date fixée pour cette opération qui devait avoir lieu à la clinique; ils suffirent pour changer la détermination prise. Élise D... ne revint plus à la consultation, et nous n'en entendîmes plus parler pendant quelques jours. Mais bientôt M. Fontaine, notre collègue et ami, l'ayant rencontrée dans le dispensaire de M. le docteur Wecker, chez qui elle alla peu de temps après, nous notâmes ce renseignement afin de pouvoir suivre le cas et compléter l'observation commencée à la clinique de M. le docteur Sichel et qui acquérait chaque jour plus d'intérêt.

Nous avons tenu dernièrement (6 septembre) à savoir ce qu'était devenue l'affection de notre jeune malade. A cet effet, nous nous sommes adressé à M. Wecker qui nous a dit l'avoir encore en traitement à sa clinique, où nous pourrions la voir et examiner son œil à notre aise. Le traitement qu'il avait successivement opposé à cette affection ne s'écartait pas de celui que nous avons fait connaître. A deux reprises différentes, il fit l'arrachement de l'épithélium, et celui-ci se reproduisit, comme par le passé, avec la même rapidité. M. Wecker pensant, comme M. Sichel, qu'il avait affaire à une affection touchant par plusieurs points au glaucome, se décida à faire l'iridectomie. La malade s'y soumit cette fois et en retira du soulagement. L'opération eut lieu dans le courant de juin; les accès disparurent momentanément; mais, à la fin de juillet, il y eut une récidive. C'est la seule qui se soit produite depuis l'opération.

Voici ce que nous avons observé le 8 septembre sur cette malade. Nous avons été frappé de suite de l'état général, de l'habitus, lequel nous a paru moins bon. Le facies était plus pâle, et les questions que nous adressâmes nous confirmèrent dans l'opinion déjà énoncée que nous avions affaire à une véritable chlorotique.

L'œil gauche est actuellement dans l'état suivant : Il est un peu plus rouge que l'œil droit, mais cette injection conjonctivale est beaucoup moindre qu'il y a cinq mois. A l'endroit où nous avions observé les bulles, nous voyons la cornée plus saillante, comme gaufrée. Cette légère saillie est due vraisemblablement à un épaississement, à une prolifération de l'épithé-

---

La même année, deux ivrognes corrigés, J. Hawkins et Wright, organisèrent à Boston une Société de tempérance à laquelle ils donnèrent le nom de *Washingtonian Society*. Pendant les premières années de son existence, cette Société ouvrit un local pour recevoir les ivrognes, leur donner les secours les plus indispensables et leur faciliter le retour au bien. Mais cette entreprise dut bientôt être abandonnée, faute de ressources, et il n'en resta rien, sauf le nom qui devait être repris plus tard. En effet, le premier asile qui fonctionna réellement, celui de Boston, ouvert en 1857, alors que celui de Binghampton, malgré le vote de 1854, n'existait encore qu'en projet, reçut le nom de *Washingtonian Home*.

Aujourd'hui, les hôpitaux spéciaux aux ivrognes fonctionnant aux États-Unis sont, croyons-nous, au nombre de neuf; il y en a, en outre, un au Canada. Sur ces neuf hôpitaux, un est à San-Francisco, et nous ne savons absolument rien sur son compte, sinon qu'il existe. Aussi le laisserons-nous entièrement de côté.

Deux de ces établissements sont des maisons de santé privées, dans lesquelles ne sont reçus qu'un très-petit nombre de malades payant une pension élevée, qui va, dans certains cas, jusqu'à 1,000 fr. par mois; l'une de ces maisons est établie à Media (État de Pensylvanie) et est dirigée par le docteur Parish; l'autre est établie à Greenwood (État de Massachusets) et a été fondée par le docteur Day, depuis sa retraite de Binghampton. Il est inutile d'ajouter que ces maisons ne reçoivent que des malades appartenant aux classes de la société les plus favorisées sous le rapport de la fortune; nous avons vu plus haut qu'il en était à peu près de même de l'asile de Binghampton, bien qu'il soit un établissement public, conçu sur des proportions beaucoup plus vastes et recevant une allocation plus ou moins considérable sur les fonds de l'État.

Les cinq autres asiles publics sont les suivants :

lium; elle est grisâtre et tout porte à croire qu'elle restera dans cet état, comme un véritable tissu cicatriciel. On ne peut plus la faire mouvoir sur la membrane élastique antérieure, ce qui permet de supposer qu'il y a réunion intime de l'épithélium avec la cornée. Les courbures de celle-ci ne sont pas modifiées, et ses deux tiers supérieurs sont bien transparents. En un mot, la portion translucide a la forme d'un croissant à concavité dirigée en bas, la saillie épithéliale occupant cette partie concave. Sur le bord supérieur de la petite élevure, on aperçoit un léger bourrelet convexe de un demi-millimètre de largeur sur 3 millimètres de longueur, lequel rappelle les fameuses bulles observées antérieurement.

En un mot, la malade va beaucoup mieux, elle n'a pas eu d'accès depuis six semaines, mais elle éprouve encore une légère gêne péri-orbitaire, et elle est obligée d'interrompre fréquemment son travail, parce que son œil pleure dès qu'elle le fatigue.

En terminant la relation de ce fait rare et intéressant, nous mettrons surtout en relief les particularités suivantes :

1° Le grand nombre des récidives ;

2° L'identité de forme, de durée et de manière d'être de ces récidives ;

3° La rapidité de reproduction de l'épithélium cornéen, chaque fois que celui-ci a été arraché ;

4° La disparition des douleurs et l'amélioration produites par les courants continus ;

5° Enfin, l'amélioration consécutive à l'iridectomie.

REVUE OBSTÉTRICALE

The english Midwives. — CAUSE RARE DE DYSTOCIE. — PONCTION DES MÉNINGES SPINALES CONTRE L'HYDROCÉPHALIE. — INCONSTANCE OBSTÉTRICALE DE LA QUININE ; SUPÉRIORITÉ DE L'ERGOT. — GRAVITÉ DU DÉBRIDEMENT DE COL CHEZ LA VACHE. — DÉLIVRANCE EMPÊCHÉE PAR LE VIDE. — LE CHLORAL CONTRE L'ÉCLAMPSIE. — AMPUTATION DE L'UTÉRUS INVERSÉ.

Il n'y a pas, le croirait-on, de véritables sages-femmes en Angleterre; il n'y a que des matrones. Plus de 10,000 exercent ainsi sans titre régulier, comme il y a un demi-siècle en France. Les plus habiles n'ont d'autre instruction que leur pratique sous la surveillance de quelques accoucheurs; et cependant elles font les

1° Le *Washingtonian Home* de Boston, fondé en 1857, reconnu officiellement en 1869, admettant surtout des employés de commerce, ou des ouvriers d'élite; la population moyenne est de 20 à 25 malades; ceux-ci jouissent d'une grande liberté; ils peuvent aller et venir, sortir dans la journée pour faire leurs affaires, remplir leurs emplois, à condition de rentrer à des heures déterminées et de se conformer aux règles de la maison. Ils ne sont soumis qu'à une sorte de contrainte morale, à la force de la persuasion; leur séjour dans l'asile est presque toujours trop court, d'après l'avis du directeur, M. Lawrence; ils payent leur dépense, la plupart en entier, quelques-uns en partie seulement; l'asile reçoit des contributions volontaires et une allocation de l'État.

2° L'*Inebriate Home for Kings County*, dépendant de la ville de Brooklyn, presque confondue avec celle de New-York, date de 1867, et reçoit deux catégories de pensionnaires : les uns entrent volontairement ou poussés par leurs familles, et payent leur dépense; les autres viennent des prisons de la ville, soit qu'ils demandent et obtiennent leur transfèrement, soit qu'il soient spécialement désignés par une ordonnance des magistrats ou le choix des administrateurs; le séjour obligatoire dans l'asile ne peut dépasser un an. Le prix de dépense, par malade et par jour, tous frais généraux payés, a été, en 1868, de 3 fr. 30. Une partie des sommes produites par le droit de licence imposé aux débitants de la ville est affectée à l'entretien de l'asile.

Des ateliers sont organisés dans l'établissement pour occuper tous ceux qui peuvent travailler; il y a aussi quelques terres consacrées à la culture.

3° L'*Inebriate asylum* de l'île Ward, appartenant à la ville de New-York. Il est situé dans une île où sont réunies les principales institutions charitables de la ville. Il a été construit spécialement pour son but actuel et a coûté 1,600,000 fr. Il est ouvert depuis le commence-

ieux tiers des accouchements dans certaines localités. C'est dire que de fréquents malheurs résultent de cette pratique ignorante et sans garanties.

Cette lacune préoccupe à juste titre ceux qui en voient mieux le danger. Il y a un an que la Société obstétricale mit la question à l'ordre du jour, et, après discussion, résolut d'instituer des cours et des examens, en dehors de l'action de l'État et du gouvernement, pour constater la capacité des praticiennes. Mais cette résolution audacieuse n'eut d'autre suite que la publication d'un pamphlet du docteur Aveling : *English midwives;* leur histoire depuis le XVIe siècle jusqu'à ce jour et leur avenir; un vol. in-12 de 182 pages, Londres 1872.

Un rapport du professeur Acland, fait au *Medical Council*, dans la séance du 2 avril, sur l'éducation spéciale des femmes, a remis cette question à l'ordre du jour. Se prévalant de l'exemple de la France, de l'Allemagne et de la Russie, où les sages-femmes rendent de réels services, il réclame l'institution d'Écoles semblables. Un grand nombre de médecins en Écosse réclament des sages-femmes instruites et diplômées, pour les aider et les remplacer dans les accouchements ordinaires. Cette proposition a été fortement appuyée, mais en s'appliquant exclusivement aux sages-femmes ou aux infirmières, « car dans les affaires humaines, a déclaré sir W. Gull avec son *humour* habituel, il n'est rien qu'un homme ne ferait mieux qu'une femme dans des circonstances égales. » Aussi fait-il des réserves expresses, relativement au droit d'exercer la médecine à donner aux femmes, convaincu qu'il n'y aurait pas de plus grand mal pour l'humanité, ni de cause plus funeste aux progrès de l'art de guérir, ni plus dissolvante pour la profession. L'instruction obstétricale des femmes paraît ainsi devoir être favorisée officiellement en Angleterre, mais sans rien de plus.

— Outre les causes ordinaires de dystocie, il en est d'accidentelles qui ne s'offrent que comme des exceptions, des curiosités, et qu'il est bon de faire connaître. Tel est le cas observé par le docteur Cummins à la Maternité de Cork. Il s'agissait d'une présentation du siége dans la position oblique droite. Malgré une dilatation complète, les parties ne s'engageaient pas. Le seigle ergoté, tout en activant les contractions, n'eut pas plus de résultat. Les tractions, avec un crochet mousse engagé dans le pli de l'aine, n'en eurent pas davantage, et il fallut de fortes tractions avec les doigts remplaçant ce crochet pour vaincre l'obstacle et dégager un fœtus mort, avec la plus grande difficulté.

L'abdomen était énormément augmenté de volume, dur et incompressible. A l'au-

---

ment de 1869. Il reçoit : 1° des pensionnaires placés volontairement, payant de 20 fr. à 50 fr. par semaine, et libres de s'en aller quand ils le veulent; 2° des indigents placés d'office par ordre des magistrats qui, au lieu de les envoyer ou de les laisser dans une prison, les dirigent sur cet établissement avec l'obligation d'y rester trois, six ou douze mois et plus. Le chef de l'asile est le docteur Adams, ancien médecin militaire.

4° Le *Washingtonian Home* de Chicago, fondé en 1867, et qui a pris le même nom que l'asile de Boston. Il ne reçoit que des pensionnaires payants et entrés soit de leur plein gré, soit sur les instances de leurs familles : ils sont libres de sortir quand ils veulent; beaucoup vont travailler dans la ville pendant la journée et rentrent à des heures déterminées. Dans le principe, l'asile devait aussi recevoir d'office et garder de force, pendant tout le temps de leur peine, tous les individus condamnés pour intempérance, ivrognerie, contraventions ou délits commis en état d'ivresse; mais on reconnut qu'un pareil voisinage nuisait trop à l'admission des pensionnaires aisés, et l'on y renonça bientôt.

5° L'hôpital de Baltimore date en principe de plusieurs années, mais la guerre de sécession en a reculé la création jusqu'à ces derniers temps; il contient des malades placés volontairement. Le directeur est le docteur Gamble; il a bien le droit de garder ses pensionnaires malgré eux, mais il est rarement obligé d'user de ce droit, et ne le ferait d'ailleurs qu'avec beaucoup de réserve, de peur de discréditer un établissement, encore nouveau, dans l'opinion de ceux qui pourraient lui former une clientèle.

Un relevé fait par le docteur Darymple sur les registres de ces établissements, qu'il a tous visités en 1872, lui a permis de dresser la statistique collective suivante :

Il y a eu en tout dans ces asiles, depuis leur fondation jusqu'au mois de septembre 1872,

topsie du fœtus, on trouva deux reins, du volume d'une tête de fœtus chaque, dont la structure paraît simplement une hypertrophie de tissu avec épaisseur de la capsule et des liquides infiltrés. (*The Dublin Journ. of med. science*, mai.)

— Une rupture accidentelle de la peau entre les sixième et septième vertèbres cervicales s'étant produite spontanément sous l'effort des tractions, dans une présentation du siége compliquée d'hydrocéphalie, un flot de liquide s'échappa par l'ouverture accidentelle, et l'accouchement se termina immédiatement. Guidé par ce fait, M. le docteur Garreau, dans un cas semblable, n'ayant à choisir qu'entre la détroncation ou la ponction du crâne sans que l'hydrocéphalie fût bien diagnostiquée, préféra enfoncer une lancette entre les apophyses épineuses des cinquième et sixième vertèbres cervicales. Un jet de liquide sortit, et, deux minutes après, l'accouchement se terminait par les seules contractions utérines. (*Journ. méd. de la Mayenne*, avril.)

C'est évidemment là un procédé beaucoup plus simple, facile et moins dangereux que la ponction du crâne, et qui n'offre pas, comme la détroncation, un spectacle repoussant. Il est ainsi indiqué par la nature même. Dans tous les cas de présentation du siége où la tête est retenue par une hydrocéphalie, l'enfant étant forcément sacrifié, au lieu de faire la ponction du crâne, souvent difficile, ou d'opérer des tractions violentes qui peuvent être dangereuses pour la femme, il est préférable d'ouvrir le canal rachidien avec le bistouri ou la lancette, soit à la région cervicale, soit à la région dorsale. Que l'hydrocéphalie soit arachnoïdienne ou sous-arachnoïdienne ventriculaire, le liquide, pénétrant dans la cavité arachnoïdienne spinale, on est toujours certain de débarrasser celle du crâne, et de favoriser ainsi l'accouchement.

En dehors de l'obstétrique, M. Garreau se demande si, contre l'hydrocéphalie après la naissance, il ne serait pas permis de tenter au moins cette ponction des méninges spinales sans toucher à la moelle. Avec les aspirateurs perfectionnés de Dieulafoy et autres, peut-être cette piqûre innocente donnerait-elle un meilleur résultat que celle du crâne.

— L'action obstétricale du sulfate de quinine, chez la femme, est de plus en plus contestée et rendue contestable par des objections irréfutables. On a pu dire des observations contradictoires de Belgique, d'Amérique ou d'ailleurs, qu'elles provenaient de lieux éloignés et de praticiens inconnus. Aujourd'hui, c'est d'Italie même, et dans une chaire officielle, que la condamnation a été prononcée. 40 observations

---

5,959 admissions; sur ce nombre, 93 p. 100 entraient pour la première fois, 4 p. 100 pour la seconde fois, 2 p. 100 pour la troisième fois.

Les malades se répartissaient, quant au mode de placement, de la manière suivante :

94 p. 100 de leur propre initiative; 2 p. 100 sur les instances de leurs familles; 4 p. 100 d'office, par ordre des magistrats.

Sous le rapport des sorties :

34 p. 100 ont été déclarés guéris; 5 p. 100 ont été améliorés; 7 p. 100 ont été renvoyés comme incurables.

Il y a eu, en outre, onze décès et trois cas de folie.

Quelle que soit la valeur de cette statistique, il paraît certain que toutes les indications de guérison ne peuvent être considérées comme utilement comparables entre elles, car, dans certains établissements, on inscrit comme guéri tout malade entré sous l'influence d'une ivresse récente et sorti de l'asile complétement remis de ses effets, tandis que, dans d'autres, on ne porte cette mention sur les registres que lorsqu'une longue épreuve, supportée avec succès, donne de grandes raisons d'espérer qu'il n'y aura pas de rechute.

Parmi les chefs des asiles spéciaux dont nous venons de faire la revue, il en est un seul, le docteur Day, qui persiste à ne compter que sur la force morale et l'énergie de la volonté des malades pour obtenir d'eux qu'ils fassent à l'asile un séjour assez prolongé pour obtenir leur guérison complète.

Presque tous les autres, le docteur Parish surtout, protestent contre cette liberté laissée aux malades, et ils semblent d'accord pour déclarer que, à moins de lois restrictives qui mettent les malades dans l'impossibilité de se soustraire prématurément au traitement et à l'isolement, on ne peut presque pas compter sur des guérisons sérieuses. C'est là, évidem-

cliniques ayant été instituées par M. le professeur Chiara à l'Institut royal de Sainte-Catherine de Milan, voici l'analyse des résultats obtenus et proclamés dans une de ses récentes leçons :

6 femmes robustes, arrivées sans encombre au terme de leur grossesse, et présentant les signes précurseurs du travail : abaissement de l'utérus, douleurs, pesanteurs des reins, chaleur intra-pelvienne, écoulement de mucosités, etc., ont pris 1 gramme de bisulfate de quinine par jour, en deux fois, sans en éprouver aucune contraction utérine immédiate. L'une d'elles accoucha vingt-quatre heures après d'un fœtus mort dans un état de macération avancée, et une autre accouchait de même d'un enfant vivant.

Pour vérifier si le sulfate de quinine avait eu quelque part dans la provocation du travail, 8 femmes bien portantes, arrivées au huitième mois de la grossesse, ont pris une dose double des précédentes pendant deux jours consécutifs, et aucune n'en a éprouvé le moindre effet.

Ayant à provoquer l'accouchement prématuré, M. Chiara administra 1 gramme de quinine pendant sept jours consécutifs dans un cas et pendant trois dans un autre, du septième au huitième mois, sans en obtenir la moindre contraction sensible. Il fallut recourir aux moyens ordinaires qui déterminèrent l'accouchement avec un plein succès pour la mère et pour l'enfant. Administré dans 4 autres cas, concurremment avec les autres moyens mécanique, le sel quinique n'eut pas plus d'action.

Administré à 7 femmes durant les douleurs expulsives d'un travail régulier, il ne les modifia pas davantage. Elles persistèrent de vingt minutes à une heure et demie après son administration.

Dans 10 cas d'un travail lent, suspendu ou irrégulier, qui semble être l'indication par excellence de ce prétendu succédané du seigle ergoté, les contractions n'en ont pas été rendues plus actives. Dans quelques cas où le bassin était légèrement vicié, il fallut terminer l'accouchement artificiellement.

Chez 3 femmes enceintes de sept à huit mois, une fièvre intermittente, une parotide suppurée et une pneumonie franche ayant nécessité l'emploi du bisulfate de quinine, la grossesse n'en continua pas moins.

Enfin, dans 3 cas d'hémorrhagies tardives chez des accouchées, l'administration de la quinine fut insuffisante pour les arrêter, ce que l'ergotine et les injections iodo-tanniques firent aussitôt. (*Gazz. delle clin.*, n° 29.)

M. Bazin, exerçant dans un pays marécageux, a eu aussi très-souvent l'occasion

---

ment, le point pratique d'où dépend l'avenir de ces institutions. Plusieurs des médecins que nous venons de nommer paraissent eux-mêmes découragés et sans confiance dans le succès, tant qu'ils ne seront pas armés du droit de séquestration. C'est là, pour eux, la condition *sine qua non* de la guérison à obtenir, et comme elle leur manque dans presque tous les cas, le malade, usant de son droit de sortie quand il le veut, leur échappe avant que l'amélioration ait pris une consistance suffisante.

Aussi, et c'est là la seule application que nous voulons faire en ce moment, de tout ce qui précède, aux mesures à prendre pour notre propre pays, la première question à poser à nos législateurs ne serait-elle pas de savoir s'il faut ou non créer des asiles spéciaux pour le traitement de l'ivrognerie, mais bien de spécifier à quelle législation on entend soumettre les ivrognes d'habitude? Voudrait-on rendre leur séquestration possible, facultative ou obligatoire? Dans quelles circonstances leur serait-elle imposée? Quelle en serait la durée? A qui incomberait le droit et le devoir de juger l'opportunité de les maintenir séquestrés ou de les mettre en liberté? A quel régime seraient-ils soumis pendant le temps de leur détention?

Voilà une série de questions bien difficiles à résoudre, et tant qu'elles ne le seront pas on ne saurait songer, croyons-nous, à rien organiser de ce genre en notre pays.

C'est, dit en terminant M. le docteur Foville, ce que nous pourrions prouver en exposant ce qui se passe aujourd'hui même en Angleterre, où une enquête parlementaire vient d'être faite sur les mesures à adopter à l'égard des ivrognes d'habitude, et où un projet de loi, rédigé à la suite de cette enquête, est actuellement soumis à la Chambre des communes.

d'administrer le sulfate de quinine à toutes les périodes de la grossesse contre des fièvres intermittentes, à la dose de 50 centigrammes, sans en constater jamais d'avortement ni d'accouchement prématuré consécutif, comme 16 cas cités à l'appui en font preuve. Il conclut ainsi à son innocuité et croit que les accès fébriles sont, dans ce cas, bien plus dangereux. (*Gaz. des hôp.*, n° 81.)

Telle est la supériorité hémostatique du seigle ergoté que, dans un cas de *placenta previa*, c'est-à-dire inséré sur le col, des hémorrhagies renouvelées se manifestant à la fin de la grossesse, M. le docteur Boardman employa des injections hypodermiques d'ergotine, et put ainsi conjurer l'avortement ou l'accouchement prématuré pendant quinze jours, ce qui permit l'accouchement à terme d'un enfant vivant. (*New-York med. Record*, février.)

L'inutilité obstétricale de la quinine est donc parfaitement démontrée par cet ensemble de faits beaucoup plus concluants que tous ceux produits jusqu'ici, en ce qu'ils ont été recueillis publiquement, sur un vaste théâtre hospitalier, contrôlés par les aides et les assistants de la clinique. Si l'on ne peut révoquer son action chez les chiennes d'après les faits de la dernière *Revue* (UNION MÉD., n° 62), cela prouve une fois de plus que l'on ne doit pas toujours conclure des animaux à l'homme, et *vice versâ*. La médecine comparée fournit sous ce rapport d'utiles enseignements.

Exemple : la déchirure avec l'ongle de l'orifice du col utérin, rigide ou rétréci, et même son incision multiple pour rendre l'accouchement possible, est d'une innocuité aujourd'hui généralement reconnue, même lorsque le cancer est la cause de cette occlusion. C'est le contraire pour la vache. Des vétérinaires distingués sont d'accord sur ce point, et M. Bugniet, de Moulins, rapporte encore trois cas mortels, suite de cette hystérotomie, malgré l'attention apportée pour que les incisions multiples n'intéressassent que peu le tissu utérin et les soins consécutifs; une métro-vaginite, vérifiée par l'autopsie, a uniformément fait périr les opérées en deux ou trois jours. C'est donc là une exception manifeste, et il y en a bien d'autres, pour ne pas nous assimiler tout à fait aux bêtes. (*Rec. de méd. vétér.*, avril.)

— Un obstacle à l'extraction du placenta, non signalé par les auteurs, est indiqué par le docteur Lander, de l'Ohio; on jugera s'il est bien réel. — Appelé près d'une femme qui ne pouvait être délivrée, une heure et demie après son accouchement, il trouva une portion du placenta attenant au cordon sur laquelle la sage-femme avait épuisé tous ses efforts, formant une saillie conique, dure, étroitement engagée dans le col. Les tractions accompagnées de pression externe sur l'utérus, de dilatation du col, n'eurent aucun effet. Ayant l'idée que le vide était la cause de cette rétention, il perfora la partie saillante du placenta et aussitôt l'expulsion spontanée eut lieu. (*Western Lancet*, mai.)

— Frappé des avantages attribués par M. le docteur Charpentier à l'hydrate de chloral sur les autres anesthésiques contre l'éclampsie puerpérale, M. Bourdon l'a employé également avec succès dans son service de la Charité. Il en administra 4 grammes en lavement pendant la période de résolution. Le sommeil s'ensuivit, et, en les répétant, l'accouchement s'est effectué sans douleur dans un intervalle de temps assez court. Aussi fait-il une règle de l'administrer quand les contractions sont excessivement douloureuses, irrégulières, rapprochées, épuisantes pour les pauvres femmes, et toujours les douleurs se calmaient, se régularisaient. (*Soc. de thérap.*) C'est donc là un moyen à ne pas négliger en s'en servant avec précaution, surtout en raison de son action paralysante.

— Les cas d'amputation de l'utérus suivis de guérison sont assez rares pour ne pas les laisser passer sans mention. A la suite d'un accouchement précipité, avec enroulement du cordon autour du cou du fœtus, chez une femme de 25 ans, le fond de l'utérus inversé fit saillie à la vulve, accompagné d'une hémorrhagie abondante. Malgré la réduction immédiate, l'inversion se reproduisit, ainsi que les métrorrhagies, tellement qu'après dix-sept mois, la femme était amaigrie, anémique et infiltrée. La vie étant en danger, l'amputation fut résolue et exécutée par le professeur Barba avec l'écraseur linéaire. Le fil de cuivre fut appliqué sur la partie la plus

étroite et la plus élevée, c'est-à-dire sur le col même de l'utérus. L'opération fut terminée par la ligature avec une anse métallique. L'ablation fut complète en quinze minutes, sans hémorrhagie consécutive.

Une syncope prolongée faillit compromettre immédiatement le succès, mais un traitement excitant énergique rétablit les fonctions circulatoires. Une péritonite formidable s'ensuivit qui fut combattue heureusement, et, vingt-deux jours après, l'opérée quittait son lit, parfaitement guérie. (*Ann. clinici dello sped. dei Pellegrini di Napoli*, 1872.)

En réunissant ce fait à la statistique de West et un autre de M. Courty, on arrive au total de 61 ablations d'utérus inversé, dont 44 guérisons. C'est encourageant. La ligature en compte le plus grand nombre, et si ce procédé est beaucoup moins expéditif que le bistouri et l'écraseur, la sécurité des malades et la prudence font un devoir de le préférer.

P. GARNIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 novembre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, pendant l'année 1872, dans les départements de l'Eure, du Loiret, d'Eure-et-Loir, de la Vendée, de l'Orne, de Vaucluse, des Pyrénées-Orientales, et dans l'arrondissement de Gourdon. (Com. des épidémies.)

2° Une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, deux nouvelles sources d'eau minérale situées sur le territoire d'Albertville. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend des lettres de candidature de MM. Trélat, pour la section de pathologie chirurgicale; Bucquoy, Jaccoud et Villemin, pour la section de pathologie médicale; Mignot (de Chantelle) et Rey (de Lyon), pour le titre de membre correspondant national.

—

M. BÉCLARD présente, de la part de M. le docteur Joannès Chatin, deux thèses, l'une *Sur les glandes odorantes des mammifères*, l'autre *Sur le développement de l'ovule et de la graine dans certaines familles de plantes*.

M. TARDIEU offre en hommage, au nom de M. le professeur Fonssagrives (de Montpellier), un volume ayant pour titre : *Hygiène et assainissement des villes*.

M. BOULEY s'excuse de n'avoir pas pu assister au comité secret qui a eu lieu à la suite de la dernière séance, et dans lequel a été lu le rapport M. Colin sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire

La commission présente : En première ligne, M. Goubaux; — en deuxième ligne, M. Sanson; — en troisième ligne, M. Baillet; — en quatrième ligne, M. Leblanc; — en cinquième ligne, M. Trasbot.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 76, dont la majorité est 39, M. Goubaux obtient 31 suffrages, M. Leblanc 30, M. Sanson 13, M. Baillet 1, bulletin blanc 1.

Au deuxième tour, le nombre des votants étant de 77, dont la majorité est 39, M. Leblanc obtient 38 suffrages, M. Goubaux 36, M. Sanson 2, bulletin blanc 1.

Au troisième tour, le nombre des votants étant de 75, dont la majorité est 38, M. Goubaux obtient 38 suffrages, M. Leblanc 37.

En conséquence, M. Goubaux ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie.

—

M. le docteur LABOULBÈNE, candidat pour la section d'anatomie pathologique, lit un travail sur le *sable intestinal*. (Sera publié ultérieurement.)

M. COLLIN, à l'occasion de ce travail, dit qu'il est très-commun de rencontrer chez les chevaux des concrétions analogues. Ce sable provient du dehors, mêlé à l'avoine que mangent

ces animaux. Ces concrétions s'encroûtent de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien mélangés avec des matières organiques. Ces concrétions se déposent dans le côlon.

—

M. Armand Moreau fait le rapport sur le prix Amussat. L'un des mémoires envoyés est relatif à des expériences sur les *greffes* dites *épidermiques*.

MM. J. Guérin, Giraldès et Larrey font remarquer qu'il ne s'agit pas de greffes *épidermiques*, à proprement parler, puisqu'il paraît acquis aujourd'hui que l'épiderme ne peut se greffer sans être soutenu par la couche superficielle du derme. Il faudrait dire : greffes *dermo-épidermiques*. Ce sont de véritables autoplasties destinées à favoriser le travail de réparation des plaies dont la cicatrisation est trop lente ou trop difficile.

Les conclusions du rapport sont lues dans un comité secret, qui a lieu à quatre heures trois quarts.

JOURNAL DES JOURNAUX

Considérations sur le traitement de la cystite chronique du col, par le docteur Tillaux, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. — La cystite du col est reconnue par trois symptômes presque constants et pathognomoniques :

1° Douleur plus ou moins vive à la fin de la miction;

2° Difficulté ou impossibilité de retenir les urines lorsque le besoin s'en fait sentir;

3° Envies plus ou moins fréquentes d'uriner.

Assez souvent, on observe encore des épreintes vésicales, l'issue de quelques gouttes de sang à la fin de la miction, un écoulement muco-purulent, la déformation du jet de l'urine, etc. Ce dernier symptôme a même une certaine importance : le jet de l'urine est souvent tellement mince que malades et médecins peuvent croire à un rétrécissement uréthral jusqu'à ce que le cathétérisme vienne démontrer qu'il n'existe point de rétrécissement. La déformation du jet de l'urine s'explique par la contraction spasmodique du sphincter, laquelle joue le rôle principal dans la maladie. Aussi, aux expressions de *cystite chronique du col*, *névralgie du col*, peut-on joindre celle de *contracture douloureuse du sphincter vésical*. Cette dénomination a pour avantage de rapprocher cette affection de la contracture du sphincter anal, et de trouver entre elles des analogies anatomiques et thérapeutiques; car, si la contracture du sphincter anal est due à l'existence d'une fissure, et si elle est traitée avec succès par la dilatation forcée de l'anus, on peut croire que la contracture du sphincter vésical est liée à la présence d'une fissure et qu'elle ne peut être guérie également que par la dilatation.

Les moyens thérapeutiques sont *médicaux* et *chirurgicaux*. Les premiers consistent en frictions belladonées sur l'hypogastre, le périnée, etc.; révulsifs sur le périnée, vésicatoires, douches, etc.; grands bains, bains de siége, etc.; régime doux, abstention de toute boisson et de tout aliment excitants. — Les moyens chirurgicaux sont : le *cathétérisme*, la *cautérisation du col vésical*, la *dilatation du col*, et peut-être l'*incision du col*.

Le *cathétérisme* doit se faire tous les jours, pour émousser peu à peu la sensibilité de la muqueuse et faire disparaître la névralgie. Cependant, il faut savoir que ce procédé est douloureux pour quelques malades.

La *cautérisation du col* est un moyen excellent qui réussit presque toujours. Pour cela, on introduit le porte-caustique dans la vessie comme pour le cathétérisme; on le retire jusqu'à ce que l'absence de mobilité latérale indique que l'instrument a franchi le col. Retirant celui-ci de 2 cent. (longueur de la cuvette contenant le nitrate d'argent), on pousse cette cuvette, qui se trouve ainsi en contact avec la muqueuse du col, et, après quelques mouvements de rotation qu'on lui imprime, la cautérisation est produite.

La *dilatation du col* se fait avec les bougies Béniqué de plus en plus volumineuses. Mais M. Tillaux fait remarquer que la bougie du dernier numéro distend énormément l'urèthre et peu le col; c'est pourquoi il recommande l'usage d'une bougie dont le bec, formé de deux branches mobiles, peut produire une dilatation du col sans distendre le canal.

Incision du col. — On peut la tenter dans les cas de contracture douloureuse du col vésical ayant résisté à tous les traitements. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 août 1873.) — H. H.

Éphémérides Médicales. — 20 Novembre 1808.

—

Bixio (Jacques-Alexandre) naît à Chiavari. Élève de Sainte-Barbe; il fut un des créateurs de la *Revue des Deux-Mondes*; fondateur (1837) du *Journal d'agriculture pratique*; directeur (1849) de la *Maison rustique*; chef du cabinet du Gouvernement provisoire (1848); député à la Constituante (Doubs). Il combattit courageusement en juin 1848; fut blessé gravement;

devint ministre de l'agriculture et du commerce pendant huit jours; représentant à la Législative; fait une ascension aérostatique remarquable; prononça la déchéance du Président (2 décembre), et mourut le 18 décembre 1865. — A. Ch.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE LA MIGRAINE GOUTTEUSE. — DEBOUT.

Extrait de colchique	3 grammes.
Sulfate de quinine	3 —
Digitale pulvérisée	1 gramme 50 centigr.

F. s. a. 30 pilules.

Une chaque soir, pour combattre la céphalalgie qui est sous l'influence de la goutte. — N. G.

COURRIER

RÉORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par un décret du Président de la République française, en date du 18 septembre 1873, l'enseignement est réorganisé, ainsi qu'il suit, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux :

1° Anatomie ;
2° Physiologie ;
3° Pathologie externe et médecine opératoire ;
4° Pathologie interne ;
5° Clinique externe (deux chaires) ;
6° Clinique interne (deux chaires) ;
7° Accouchements, maladies des femmes et des enfants ;
8° Thérapeutique ;
9° Histoire naturelle médicale ;
10° Pharmacie et matière médicale ;
11° Chimie et toxicologie.

Par un arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 24 septembre 1873, sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux :

Professeur de chimie et toxicologie (chaire transformée), M. Micé, professeur d'histoire naturelle médicale ;

Professeur d'histoire naturelle médicale, M. Perrens, chef des travaux chimiques ;

Professeur de thérapeutique (chaire transformée), M. de Fleury, professeur de thérapeutique et matière médicale ;

Professeur de pharmacie et matière médicale, M. Métadier, professeur de chimie, pharmacie et toxicologie.

HOSPICES DE GRENOBLE. — *Concours* : 1° Pour deux places de *médecin-adjoint* ; — 2° pour deux places de *chirurgien-adjoint*.

L'administration des hôpitaux et hospices de Grenoble donne avis que le 2 mars 1874, il sera ouvert un concours public à deux places de médecin-adjoint et à deux places de chirurgien-adjoint ;

Il aura lieu dans la salle du Conseil d'administration, devant la Commission administrative assistée d'un jury médical.

1° Le concours pour les places de médecin comme pour celles de chirurgien comprendra quatre épreuves : une épreuve écrite, deux épreuves orales, une épreuve pratique ;

2° L'épreuve écrite aura pour sujet l'anatomie, la physiologie et la pathologie d'un organe ou d'un appareil organique dont la nature différera suivant qu'il s'agira de médecine ou de chirurgie ;

3° Les deux épreuves orales consisteront dans l'examen d'un malade (à chaque épreuve) sur lequel le candidat, après un examen d'un quart d'heure et un quart d'heure de réflexion, fera une leçon d'une demi-heure.

4° Enfin l'épreuve pratique ou expérimentale aura pour objet : *en médecine*, une nécropsie suivie des recherches chimiques ou micrographiques que comportera le sujet, et dont le candidat exposera succinctement le détail par écrit. — *En chirurgie*, une ou plusieurs opérations précédées de l'exposé oral des indications qui les nécessitent, et du plan à suivre pour les réaliser.

Les mêmes questions seront traitées par tous les concurrents. Un d'entre eux, désigné par

le sort, les tirera de l'urne dans laquelle auront été jetées les questions adoptées par le jury.

A la fin des épreuves, et après avoir pris l'avis du jury, la Commission nommera, s'il y a lieu, les lauréats.

Conditions d'admission au concours. — Les candidats devront se faire inscrire, un mois avant le concours, au secrétariat des hospices, où ils déposeront :

1° Les pièces constatant qu'ils sont Français ou naturalisés Français ;

2° Leur diplôme de docteur en médecine de l'une des Facultés françaises, justifiant qu'ils exercent depuis quatre ans, et depuis trois ans seulement, s'ils ont été internes dans les hôpitaux de Grenoble, de Paris, de Lyon et de Montpellier ; et, s'ils sont étrangers, l'autorisation du gouvernement d'exercer en France comme docteur. — (La Commission administrative pourra, pour des causes exceptionnelles, dispenser d'une partie du temps d'exercice exigé, les candidats qui le demanderont en se faisant inscrire.

Pour les docteurs en médecine ayant été employés dans les armées de terre ou de mer, leurs services en cette qualité, même antérieurs à la délivrance du diplôme, leur seront comptés comme temps d'exercice ;

3° Un certificat de bonnes vie et mœurs, récemment délivré par le maire de leur résidence ;

4° L'engagement de se conformer aux règlements du service de santé des hôpitaux et hospices de Grenoble ;

5° Ils pourront déposer aussi leurs titres scientifiques manuscrits ou imprimés, leurs états de service, etc., etc.

Services et honoraires. — Les médecins et les chirurgiens-adjoints sont nommés pour six ans. Durant cette première période, ils se partagent le service de santé des infirmeries à l'hospice. Après six ans, ils deviennent de plein droit, et sans nouveau concours, médecins et chirurgiens titulaires pendant six nouvelles années. Comme adjoints, ils exercent des fonctions gratuites ; comme titulaires, ils reçoivent un traitement annuel de douze cents francs ; comme aussi, dans la première période, s'ils sont appelés à remplacer les titulaires, ils reçoivent la moitié du traitement retenu à ces derniers.

INTOXICATION PAR LES ESCARGOTS. — Il y a déjà longtemps que dans notre journal je faisais de notables et justes réserves sur les expériences tentées sur des animaux, pour en déduire des conséquences pour l'homme.

Voici une confirmation de ces réserves qui prouvent que des substances qui tuent les uns en font vivre d'autres.

M. le docteur Dumas, de l'hôpital de Montpellier, vient de publier une brochure où plusieurs cas d'empoisonnement sont décrits.

Les symptômes constatés sont les vertiges, les nausées, les coliques, des étourdissements répétés suivis d'une prostration musculaire générale. Aucun malade n'a succombé aux étreintes de ce mal étrange.

Informations prises, on a observé que les escargots cherchent leur nourriture un peu partout. Des végétaux vénéneux pour l'homme, le laurier-rose, la viorne, le fusain, le buis, l'euphorbe, sont dévorés par eux.

Or, on ne prend pas toujours la précaution de faire jeûner les escargots avant de les tirer de leurs coquilles, et de les coucher dans un lit d'aromates. C'est ainsi que des gourmets ont absorbé de véritables infusions d'euphorbe et de buis.

En hiver, les escargots s'enferment dans leur coque et en ferment l'entrée ; aussi, à cette époque de l'année, aucun cas d'empoisonnement n'a été relevé. — CAFFE. (*Conn. médicales.*)

— M. le docteur Cazenave (Ed. de la Roche) vient d'être nommé membre de la *Société géologique de France.*

— Un bien singulier présent vient d'être fait à l'aquarium du Jardin d'acclimatation, à Paris ; c'est celui d'un polype médusaire qui, le lendemain même de son entrée dans le bassin qu'on lui avait assigné, avait fait le vide autour de lui, et s'était habilement débarrassé des voisins qui l'entouraient. Ce serait encore un mystère sans doute si l'on n'avait eu la curiosité d'analyser l'eau du bassin ; cette eau se trouvait convertie en vinaigre, ce qui expliquait la mort des habitants du bassin, et l'on pouvait tout naturellement en conclure que l'on était en présence d'un des mollusques les plus rares, le polype à vinaigre, dont le corps, plongé dans l'eau pure, donne en quelque temps une solution acétique très-caractérisée.

Le travail de cet animal est assez curieux : il produit de l'alcool qu'il transforme en vinaigre. Il va sans dire que le mollusque empoisonneur a été immédiatement retiré du bassin et placé avec de l'eau clarifiée dans une jarre bien fermée, où il va se livrer à la fabrication d'un vinaigre bien économique.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C°, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

REVUE CLINIQUE CHIRURGICALE

SOMMAIRE. — Blessure du nerf tibial postérieur par une lame de canif restée dans la plaie. — Lame de couteau retirée au bout d'un an de la région amygdalienne. — Deux cas de balle logée dans le rocher. — Corps étrangers de l'oreille moyenne. Succès de l'injection d'eau continue.

§ I. Rien n'est plus sujet à caution que le diagnostic de la présence des corps étrangers dans les tissus de l'économie. Tantôt nous voyons un corps métallique très-volumineux rester en place bien longtemps, pendant des années même, sans déterminer aucune réaction et ne se déceler que par une circonstance fortuite; tantôt, au contraire, la persistance de la douleur, ou tout au moins d'une sensation gênante, semblerait nous faire supposer à tort que le corps étranger n'est pas sorti.

Le devoir du chirurgien, à notre avis, est de ne prêter ici qu'une bien médiocre confiance au récit des malades. Il lui faut, en pareille occurrence, se montrer aussi réservé que possible et ne se fier qu'à ses yeux et à sa propre exploration, car nous ne croyons pas trop nous avancer en posant ce principe qu'en matière de corps étranger on n'est bien sûr du diagnostic que lorsqu'on le touche ou lorsqu'on le voit.

Nous désirons relater dans cette revue quelques exemples de ce genre que nous avons eu la bonne fortune d'observer récemment dans les hôpitaux et qui, au point de vue pratique, nous ont paru offrir un certain intérêt.

a. BLESSURE DU NERF TIBIAL POSTÉRIEUR GAUCHE PAR UNE LAME DE CANIF RESTÉE DANS LA PLAIE. — ACCIDENTS HYSTÉRO-ÉPILEPTIFORMES. — EXTRACTION DU CORPS ÉTRANGER. — Weber, cité par M. Tillaux (Thèse d'agrégation en chirurgie, 1866), mentionne l'exemple d'un corps étranger qui, enkysté dans l'épaisseur d'un nerf, n'avait déterminé aucun accident; mais, généralement, la présence de ces corps introduits en totalité ou en partie dans le cordon nerveux, ou bien restant dans son voisinage, donne naissance à des phénomènes toujours sérieux; tel a été le cas de la blessure du nerf tibial postérieur que nous avons vu à l'hôpital des Cliniques dans le service de M. Broca, remplacé par M. Polaillon.

Une jeune femme de 23 ans fait une chute dans la rue et perd connaissance pendant quelques minutes; transportée chez un pharmacien, elle revient à elle et ressent dans toute la jambe gauche une douleur violente qui remonte jusqu'à la

FEUILLETON

CAUSERIES

O scrutin académique, voilà de tes coups! Si un fil télégraphique eût abouti, mardi dernier, aux deux candidats qui ont occupé la séance de l'Académie de médecine, quelles émotions n'eussent-ils pas ressenties? La sonnette du télégraphe s'agite et dit : Premier tour de scrutin, M. Goubaux 31 voix, M. Leblanc 30. Pas de majorité. Et M. Goubaux de se dire : Les voix qui se sont égarées sur les autres candidats vont me revenir, c'est sûr. Le mystère de l'urne s'accomplit, et la sonnette tinte de nouveau. Deuxième tour : M. Leblanc 38 voix, M. Goubaux 36. Pas encore de majorité. — Une voix de plus et j'étais nommé, s'écrie M. Leblanc; mais comme il ne m'en faut qu'une, et que trois sont nécessaires à mon compétiteur, je peux croire mon élection à peu près sûre. Le mystère de l'urne recommence; la sonnette s'agite plus fort : 75 votants, majorité 38. Goubaux, qui n'avait obtenu que 36 voix au précédent tour, en obtient 38 à celui-ci, et Leblanc, qui avait eu 38 voix, n'en trouve plus que 37 cette fois-ci. Cette dernière seconde a dû être émouvante; 37 contre 37! Il reste un bulletin dans l'urne..... le Président l'ouvre, il porte : Goubaux. M. Goubaux est nommé et proclamé!

Avouons que cette dernière seconde a dû singulièrement faire palpiter le cœur des deux candidats. Ne tenir la victoire que d'une voix! Perdre la bataille pour une voix! Si un membre de l'Académie, que nous pourrions nommer, ne s'était pas absenté au tour de ballottage, les candidats eussent obtenu chacun le même nombre de voix, 38 contre 38. Alors que fût-il arrivé?

L'article 9 du règlement de l'Académie résout la difficulté; le Président a voix prépondé-

racine de la cuisse. — Il existe une perte de fonction complète de tout le membre abdominal.—Au niveau de la partie moyenne de la face interne du mollet, et derrière le bord interne du tibia, une petite plaie ou coupure de 2 ou 3 millimètres à peine, légèrement oblique, occasionnée par la chute, ne fournit que quelques gouttes de sang. Pour tranquilliser la malade, qui est en proie à une surexcitation très-grande, le pharmacien lui présente une grosse épingle en lui disant qu'il l'a extraite de la blessure avant qu'elle eût repris ses sens.

Cette femme resta chez elle couchée pendant un mois, souffrant de douleurs presque continuelles et avec exacerbation, surtout quand elle remuait la jambe ou lorsqu'on venait à la toucher pour panser la petite plaie qui était devenue fistuleuse et laissait écouler un peu de séro-pus. A ces phénomènes douloureux s'était joint presque immédiatement un autre symptôme, la flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. Ne voyant survenir aucune amélioration, elle entra à l'hôpital des Cliniques.

La flexion de la jambe persistait toujours ; le pied se trouvait dans l'extension forcée, était refroidi et avait perdu toute sa sensibilité sur la *face dorsale* et au *niveau de la région plantaire*. Lorsqu'on venait à presser la cuisse au niveau du nerf sciatique, ou bien lorsque, par des manœuvres même modérées, on cherchait à étendre la jambe ou à explorer la blessure, les douleurs éprouvées étaient si pénibles qu'elles donnaient lieu immédiatement à une crise nerveuse hystéro-épileptiforme, avec sensation de boule hystérique, trismus et convulsions tétaniques de tout le membre; c'était à croire parfois au développement d'un véritable tétanos. — Dans l'intervalle des explorations, les douleurs perdaient beaucoup de leur acuité. — Malgré le dire de la malade, qui affirmait qu'on avait extrait une grosse épingle, M. Polaillon soupçonnait toujours la présence d'un corps étranger intéressant probablement un des nerfs du mollet, mais il ne pouvait s'en convaincre, la malade refusant énergiquement de se soumettre au moindre examen. L'opium, le chloral et toute la série des médicaments antispasmodiques ayant complétement échoué, on l'amena enfin à se laisser chloroformiser. Le chirurgien agrandit alors un peu la plaie, sentit à l'aide d'un stylet un corps métallique dans sa profondeur, et retira avec des pinces une *lame de canif* de 3 centimètres 1/2 de longueur sur 3 millimètres de largeur. La marche ultérieure de cette affection traumatique pouvait seule permettre de diagnostiquer si le nerf tibial postérieur avait été intéressé en partie ou en totalité. Voici ce qui se passa : la jambe s'étendit presque im-

---

rante en cas d'égalité de suffrages. C'est ainsi que s'exprime le règlement. Mais le règlement dit aussi que le vote pour les élections a lieu au scrutin *secret*. Si le Président était obligé de faire connaître son vote, le scrutin ne serait plus secret pour lui. D'ailleurs, le Président ne pourrait-il pas se refuser à faire connaître son vote ? Voilà bien des années que je fréquente les séances de l'Académie de médecine, je n'ai pas souvenance que cette condition se soit encore présentée. Il me semble que dans d'autres Académies ces circonstances ont eu lieu. A l'Académie française, par exemple, n'est-il pas arrivé que, pendant plusieurs scrutins successifs, deux candidats obtenaient toujours le même nombre de suffrages ? Alors l'Académie renvoyait l'élection à huitaine.

On voit que pendant que se dénouait à Versailles le grand drame politique, à notre Académie se jouait aussi un petit drame électoral. L'élection de M. Goubaux ne doit offusquer personne, puisqu'elle est la récompense de très-méritants travaux. L'élection de M. Leblanc n'eût répugné à personne, car au mérite personnel du candidat se joignait le souvenir des services rendus à la science et à la profession vétérinaire par son digne et respectable père.

Les morts vont vite, dit la légende allemande, c'est-à-dire qu'ils s'oublient vite. Pas tous, cependant, et, mardi dernier, une assistance nombreuse et sympathique faisait cortége à la famille de M. Horteloup, le bon et si digne confrère que nous avons perdu l'an dernier et à l'intention duquel on a célébré un service de bout de l'an à l'église de la Trinité. Plusieurs dignitaires de l'Association générale et de la Société centrale s'étaient joints, dans ce pieux souvenir, aux parents et aux amis de ce bien regretté confrère.

Pas plus tard qu'hier, un de nos amis nous faisait le reproche de ne rien dire, dans ce journal, du phénomène actuel de *great attraction*, c'est-à-dire de la femme à deux têtes. On dit que des médecins et des journalistes ont été convoqués avant l'exhibition publique de ce monstre;

médiatement et sans douleur bien appréciable; la malade put même mettre le pied à terre; tout phénomène douloureux local ou général disparut, et, trois jours après l'opération, la sensibilité commençait à réapparaître du côté du talon.

b. COUP DE COUTEAU REÇU SUR UN DES CÔTÉS DE LA FACE. — LAME DE COUTEAU RETIRÉE AU BOUT D'UN AN DE LA RÉGION AMYGDALIENNE. — Le fait suivant, que nous avons observé dans le service de M. Trélat, à la Charité, nous a paru encore plus surprenant et montre bien qu'en fait de corps étrangers, le chirurgien doit toujours s'attendre aux découvertes les plus invraisemblables. — Un jeune homme bien portant se présente à la Charité, disant qu'il a la bouche mauvaise et se plaignant presque uniquement d'*un picotement* dans l'arrière-gorge et d'*un peu de gêne dans la déglutition*. — Il raconte que, il y a 13 mois environ, il reçut un coup de couteau sur le côté gauche de la face, mais il ajoute bien vite qu'il a parfaitement guéri en peu de temps, ce qui lui a permis d'assister au procès auquel cette affaire a donné lieu dans son pays. Deux cicatrices bien visibles semblent du reste donner raison au récit de ce jeune homme : l'une siége en dehors de l'apophyse orbitaire externe gauche, l'autre est située à la partie externe du masséter; la mâchoire inférieure éprouve une certaine difficulté à s'écarter du maxillaire supérieur. M. Trélat, ayant introduit facilement dans le vestibule de la bouche l'*écarteur en bois*, dont il a l'habitude de se servir pour examiner les culs-de-sac de la joue et les arcades alvéolaires, aperçut, derrière la dernière grosse molaire inférieure, une surface déchiquetée au milieu d'une espèce de bourgeon formé par la muqueuse gingivale. Un explorateur métallique pénétrant à ce niveau, c'est-à-dire près de l'apophyse coronoïde du maxillaire et en dehors de l'amygdale, sentit un corps plat et dur, et, immédiatement après, le chirurgien put amener, à l'aide de deux pinces, une *lame de couteau* de 6 *centimètres de longueur sur* 3 *centimètres de largeur* qui était logée dans la région amygdalienne, et qui, malgré ses énormes dimensions, n'avait déterminé chez ce jeune homme aucun accident bien grave.

M. Trélat a cité encore, dans une de ses cliniques, deux faits de ce genre que nous nous contenterons de mentionner :

c. L'un est relatif à un capitaine de marine qui reçut, dans un combat, un coup de feu sur le côté gauche de la mâchoire inférieure. Le brosseur de cet officier, interrogé, affirmait que la balle était ressortie de la plaie et qu'il l'avait vue à terre. Des phénomènes consécutifs de suffocation nécessitèrent l'opération de la trachéo-

---

n'ayant pas été du nombre des invités, nous n'avons pas vu le phénomène; ceux qui l'ont vu n'ont jusqu'ici rien publié de sérieux et de scientifique. Le voir avec le public ne nous apprendrait rien. Il serait désirable cependant que, comme pour les frères siamois, pour les Aztèques et autres phénomènes, celui-ci fût soumis à l'examen des Académies des sciences ou de médecine.

Les détails les plus intéressants de ce cas tératologique, comment les étudier en public? Où commence, où finit la bifidité? Comment s'enquérir en public des particularités relatives à l'anatomie et à la physiologie sexuelles? Toutes ces choses ne pouvant être connues que dans une exhibition particulière et scientifique, l'exhibition publique n'offre aucun intérêt.

La rentrée de notre Faculté s'est faite sans tambour ni trompette. Probablement que la solennité scolaire qui, depuis un demi-siècle, inaugurait la saison des études, a vécu et va passer à l'état de tradition ou de légende. Provisoirement, du moins, elle est suspendue, et l'on ne peut prévoir, pas plus pour ce provisoire que pour d'autres, quand et comment finira celui-là. Cependant les cours sont très-suivis, très-paisiblement suivis. A certaines leçons, le grand amphithéâtre est aussi rempli que possible, et tout s'y passe avec calme et décence.

A ces solennités scolaires, nos Écoles provinciales ne renoncent pas comme fait Paris, et elles ont bien raison. J'ai sous les yeux le compte rendu de la séance de rentrée de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, et de l'École des sciences et des lettres de Nantes, et j'y ai lu avec un vif plaisir les discours qui ont été prononcés à cette solennité. Et, par exemple, je suis sûr que mes lecteurs liront avec le même plaisir que moi le passage suivant du discours prononcé par M. Gousset, inspecteur de l'Académie, à Nantes, passage qui lui a été suggéré par une récompense accordée à une dame qui suit avec distinction les cours de l'École de médecine de Nantes :

tomie; des esquilles de la mâchoire s'étant éliminées, le gonflement disparut, l'orifice de la trachée s'oblitéra, le malade put boire et manger assez convenablement, enfin la plaie se ferma complétement. Au bout de cinq semaines, un léger gonflement survint vers la région antéro-latérale du cou, et fit croire d'abord à un adénoplegmon. La fluctuation apparut; une incision fut pratiquée et on put extraire, à la grande surprise des assistants, un *biscaïen* de boite à balles de 24 millimètres de diamètre qui s'était introduit par la solution de la mâchoire inférieure et avait été méconnu par tous les chirurgiens qui avaient soigné ce capitaine.

d. Le second fait a trait à une petite fille chez laquelle le même chirurgien pratiqua l'extraction d'une *épingle de* 20 *centimètres*, à tête noire, qui était demeurée pendant plusieurs mois dans la région épigastrique, et semblait embrocher cette enfant de part en part. Encore, dans ce cas, n'avait-on eu qu'un vague soupçon de la présence du corps étranger.

e. M. Lorain m'a rapporté un fait observé par lui dans une maison de détention, et dans lequel, pendant une rixe, un *long manche de pinceau* introduit violemment au fond de l'orbite droit s'était cassé. L'extrémité du bois ayant pénétré au moins d'une longueur de 7 à 8 centimètres dans la cavité crânienne, à travers la paroi supérieure de la cavité orbitaire, y demeura vingt jours sans manifester sa présence par aucun trouble local : il finit par se développer des accidents pyohémiques qui furent pris par le médecin de la prison pour une simple pneumonie.

Tous ces exemples peuvent marcher de front avec le *bout de parapluie* cité par Nélaton comme étant resté dix-huit ans dans l'orbite, et le *morceau de crayon* en bois de cèdre, de 5 centimètres de longueur qui, d'après M. Legouest, s'était cassé également dans la cavité orbitaire, et y était demeuré deux ou trois ans sans provoquer d'accidents.

§ II. DEUX CAS DE BALLE LOGÉE DANS LE ROCHER. — Parmi les corps étrangers de l'oreille qui viennent du dehors, les plus terribles sont, sans contredit, les projectiles par armes à feu, qui pénètrent profondément par le conduit auditif externe, et déterminent des désordres plus ou moins graves compromettant toujours l'organe de l'audition et pouvant s'étendre jusqu'à l'encéphale lui-même. M. Legouest (*Traité de chirurgie d'armée*), sans citer de fait à l'appui, se contente de dire, à cet égard : « L'oreille moyenne et l'oreille interne ne peuvent guère être blessées que par les projectiles de guerre qui pénètrent plus ou moins profondément dans

---

« Parmi les noms récompensés figure le nom d'une femme. Mme Ribard, après avoir subi avec succès les deux épreuves du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences devant la Faculté de Rennes, a suivi les cours de l'École, où son travail lui a déjà assuré un rang très-honorable.

C'est là, Messieurs, un fait que je relève volontiers, d'abord parce qu'il est tout à l'honneur de la personne qu'il concerne, et qu'en outre, envisagé de plus haut, même dans son air d'étrangeté au milieu des habitudes de notre société française, il touche aux problèmes sociaux de notre époque, et s'impose, à ce titre, à l'attention du moraliste et du philosophe. C'est une étude intéressante, en effet, que celle de la situation et du rôle de la femme dans les sociétés humaines, et l'histoire de sa participation aux travaux et aux bénéfices de la vie sociale est encore à faire. Dans l'antiquité grecque, la femme n'est qu'un être inférieur, tout au plus la première servante du mari. Son rôle est tout passif; sa gloire est de s'annuler ou d'accepter la nullité qui lui est faite. Dans l'Oraison funèbre que Thucydide prête à Périclès, cet homme d'État dit aux femmes des guerriers morts pour la patrie : « C'est une grande gloire pour vous que, soit pour louer votre vertu, soit pour vous blâmer, on ne parle jamais de vous. »

La poésie va plus loin; elle lui lance ses anathèmes. Hésiode appelle la femme « le grand fléau de l'humanité », et, faut-il le dire, l'*Iliade*, où Hélène est vingt fois maudite, n'est souvent que le commentaire de ce vers injurieux. La poésie, vous le savez, vit d'exagérations; et je me hâte d'ajouter qu'elle ne s'est pas toujours faite ainsi, de gaieté de cœur, la complice de rigueurs pareilles. Les Tragiques grecs semblent, au contraire, prendre plaisir à venger la femme de l'étroite et servile existence qui lui est faite, en lui donnant la noblesse des sentiments et la force morale qui font les héros. Telles ces ravissantes créations d'un idéal que

l'épaisseur du rocher, y demeurent ou poursuivent leur trajet jusque dans l'intérieur de la cavité crânienne. Il est indiqué de faire l'extraction des corps étrangers, soit par leur trajet, soit par la trépanation de l'apophyse mastoïde, s'ils ont pu être reconnus. » Les autres auteurs classiques mentionnent spécialement les grains de plomb, mais les balles ayant cheminé dans le conduit auditif externe pour aller s'arrêter dans le rocher, ne sont pas chose extrêmement commune; nous venons d'en observer deux cas fort curieux et qui nous ont paru offrir surtout de l'intérêt en raison des symptômes presque identiques que présentèrent les deux malades.

a. Le premier a rapport à une jeune fille de 20 ans qui se trouvait encore, il y a quelques semaines, dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker. Elle avait reçu, un mois avant son entrée, un coup de revolver dans l'oreille droite : une hémorrhagie assez abondante avait suivi l'accident et s'était arrêtée bientôt.

L'anéantissement de l'ouïe de ce côté avait été immédiat, mais la malade n'avait présenté aucun phénomène encéphalique. Au moment où nous vîmes cette personne, elle présentait une *paralysie faciale* complète qui s'était, du reste, accusée immédiatement après la blessure; *la luette était déviée* à droite et la *gustation manifestement compromise* du même côté, ce qui pouvait laisser supposer que la corde du tympan avait été intéressée par le projectile. Le côté gauche de la face était le siége d'un *rire convulsif* tout à fait particulier.

L'otoscope de Toynbee permit de constater que la membrane du tympan était en grande partie intacte, mais qu'il existait, au niveau de la portion la plus reculée de la paroi postéro-supérieure du conduit, une saillie formée par le projectile enclavé en quelque sorte dans le rocher : comme il n'y avait que fort peu de suppuration, comme la malade n'avait jamais présenté aucun trouble encéphalique (elle aidait même les infirmiers pour les besoins du service), M. Guyon ne voulut faire que de l'expectation et attendit que le projectile, se détachant de lui-même par le fait de la suppuration, tombât dans le conduit auditif externe. — Nous ne savons si l'espoir de ce chirurgien s'est réalisé.

Cet exemple est surtout remarquable par les troubles survenus du côté de la gustation, par la bénignité relative des symptômes locaux et généraux, et par l'apparition immédiate de la paralysie faciale, qui, d'après Legouest, est plus ordinairement consécutive, puisqu'il dit encore : « Lorsque les malades survivent à ces dangereuses blessures, ils conservent souvent, outre la surdité, une paralysie de la face, une gêne de la mastication et de la déglutition, une otorrhée intermittente et

---

l'art moderne n'a pu atteindre : Antigone, pure et magnanime jeune fille, se dévouant pour les siens; Alceste, acceptant la mort pour faire vivre son époux; Iphigénie, mourant pour assurer la victoire de sa patrie; Cassandre, Polyxène, etc., toutes grandes et souvent sublimes dans le douloureux sacrifice qu'elles font de leur jeunesse, de leur beauté, des douces joies de la vie, et de cette lumière éclatante du jour qu'elles aiment tant à voir et à laquelle leurs yeux vont se fermer pour jamais.

Il y a là toute une héroïque grandeur, qui est pour la femme un hommage incontesté, et dont, sans aucun doute, les contemporaines de Périclès durent recueillir les fruits. Mais, il faut bien en convenir, malgré ces protestations du génie en leur faveur, placées au milieu d'institutions et de croyances qui leur étaient hostiles, elles ne purent jamais, à Rome et à Athènes, sortir de l'isolement auquel les condamnait la fausse idée qu'on se faisait de la faiblesse et de l'infériorité de leur nature.

C'est seulement avec le monde nouveau que finit pour elles cette longue déchéance. Le fait qui peut-être caractérise le mieux la société moderne et la distingue complétement de la société antique, c'est l'immense progrès qui s'opère dans la situation de la femme par le développement de la vie de famille et la prépondérance des mœurs domestiques. Le Christianisme vient la réhabiliter. En l'associant à Dieu même dans l'œuvre de la Rédemption, il lui rend toute sa dignité, et avec elle une hauteur de sentiments et de position ignorée des anciens. Dans le monde chrétien, la femme n'est plus que l'objet d'un sentiment affectueux de respect et de protection. Au moyen âge, sous l'empire des idées chevaleresques, ce sentiment s'exalte encore, et vient aboutir jusqu'à l'apothéose, dans la société polie et élégante du dix-septième siècle.

Aujourd'hui, Messieurs, notre civilisation si positive n'admet pour la femme

rebelle, des fongosités mollasses prenant racine à une profondeur variable et faisant saillie par le conduit auditif externe. »

b. Dans le second exemple de ce genre que nous avons observé à Saint-Louis dans le service de M. Péan, il s'agissait d'une femme de 39 ans. Attaquée par un malfaiteur qui la menaçait d'un revolver, elle pencha vivement la tête en avant et reçut la balle au niveau de l'oreille gauche.—L'*hémorrhagie* fut très-abondante, mais s'arrêta au bout de quelque temps : la *surdité* fut immédiate, et on constata sur-le-champ une *paralysie faciale* complète. Sur le pavillon, il existait une petite solution de continuité radiée, comparable, jusqu'à un certain point, aux déchirures de la muqueuse palatine qui sont le résultat de l'expansion des gaz dans les suicides par coups de feu tirés dans la bouche. Peut-être cette petite plaie reconnaissait-elle la même cause, car évidemment elle ne représentait pas le point d'entrée de la balle. Ce projectile avait labouré la paroi supérieure du conduit auditif et était allé s'implanter dans le rocher. — Aucun trouble cérébral ne se manifestant et les symptômes locaux n'offrant pas un caractère bien inquiétant, le chirurgien, au moment où nous vîmes la malade, c'est-à-dire quinze jours après la blessure, se bornait encore à l'expectation et n'avait pas jugé nécessaire d'avoir recours, soit aux tentatives d'extraction à l'aide d'un petit tire-fond très-étroit, soit à la trépanation mastoïdienne, qui ne nous semble du reste autorisée que dans le cas d'apparition de symptômes phlegmoneux intenses en arrière du pavillon de l'oreille. Nous venons d'apprendre que la malade a succombé.

§ III. CORPS ÉTRANGERS DE L'OREILLE MOYENNE.—INCISION DU TYMPAN ; SUCCÈS DE L'IRRIGATION CONTINUE. — Dans ces cas, tout à fait particuliers de corps étrangers de l'oreille par armes à feu (balle, grains de plomb, etc.), des manœuvres chirurgicales plus ou moins énergiques pourraient encore, jusqu'à un certain point, trouver leur justification dans la gravité de la lésion; mais dans ceux de corps étrangers ordinaires, dont on connaît la diversité infinie, il ne faut, sauf indication spéciale, y avoir recours qu'avec une prudence extrêmement grande.—C'est à l'*injection d'eau continue* qu'on doit s'adresser tout d'abord; car c'est elle qui, au dire de bien des chirurgiens auristes, suffit la plupart du temps à débarrasser le malade.— Ce procédé très-simple est connu depuis bien des années, puisque Celse conseille déjà, en pareille circonstance, de pousser de l'eau avec force à l'aide d'une seringue. —Morgagni avoue aussi que les injections forcées constituent souvent un moyen utile ; mais Scultet défend de les pratiquer, de peur de rompre la membrane du tympan :

« Ni cet excès d'honneur ni cette indignité. »

Elle l'a placée dans notre ordre social à son véritable rang, et l'a saluée l'égale de l'homme et sa compagne intelligente et libre. Tout en attestant que le plus bel éloge qui convienne à son sexe, est toujours cette admirable definition que les Livres saints ont donnée de la femme forte, elle reconnaît volontiers tous ses droits au développement de son activité en dehors de la famille, ainsi qu'à la culture de ses facultés intellectuelles et morales. S'il en est ainsi, et en tenant compte des faits accomplis qui marquent déjà sa place à côté de l'homme dans la littérature et les arts, peut-être n'est-il pas illogique d'admettre le bien fondé de ses prétentions et ses aptitudes à l'art de soigner et de guérir ses semblables. N'a-t-elle pas, en effet, parmi les riches dons de sa nature, comme innée en elle, cette grande vertu du dévouement qui, presque à l'égal du talent, constitue l'excellence du médecin? Je n'en veux d'autre preuve que le touchant exemple de ces sœurs de charité qui, au chevet des malades, calment la souffrance à force de soins dévoués, et conservent souvent à la vie des malheureux que la science a condamnés. »

Je vous laisse sous l'impression et le charme de ces éloquentes paroles.

Dr SIMPLICE.

M. le docteur Onimus commencera un cours sur l'*Électricité médicale*, le mardi 25 novembre, à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 1 (École pratique), et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. Les premières leçons traiteront des applications de l'électricité à la chirurgie.

c'est là une crainte qui nous paraît quelque peu exagérée. En tout cas, pour éviter un semblable accident, le chirurgien aura soin de diriger le jet, non pas directement vers le fond du conduit, mais vers la partie supérieure, de façon à ce que le liquide s'introduise entre cette dernière et le corps, et puisse le refouler en le prenant par derrière, des parties profondes vers l'extérieur de l'oreille.

Cette irrigation faite, soit avec une seringue, soit avec un irrigateur, soit avec un appareil dont une poire en caoutchouc transforme le jet intermittent en jet continu, et modère ou active sa force suivant le désir de l'opérateur, cette irrigation, dis-je, pourvu qu'on agisse avec patience, réussit pour toute espèce de corps étrangers, mais surtout pour ceux qui sont durs et non susceptibles de gonfler par le séjour dans le conduit. Les exemples peu nombreux où elle échoue sont principalement ceux où il s'agit des corps de cette seconde variété.

Dans deux cas où il apercevait d'une façon distincte un haricot au fond de l'oreille, M. Desprès a pu *agir directement sur le corps étranger* gonflé, sans blesser les parois du conduit, et l'attirer très-facilement au dehors, après l'avoir piqué à l'aide du crochet fin de la pince articulée de Charrière. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, juin 1873.) Chez l'un des enfants, l'irrigation n'avait pas été pratiquée, et, chez l'autre, on n'en avait essayé qu'une seule.

Ce procédé par injection peut également réussir et pour les corps médiocrement enfoncés et pour ceux qui ont été poussés tout au fond. Nous connaissons même un fait intéressant qui nous a été communiqué de vive voix par M. le docteur Ménière et dans lequel ce mode de traitement a triomphé d'un corps étranger logé dans la caisse du tympan. Je le relaterai d'une façon très-succincte.

Un enfant de cinq ans s'introduit dans l'oreille un petit caillou aplati qui, par des manœuvres intempestives faites avec divers instruments, est repoussé tout au fond du conduit. Les injections répétées qui viennent après, échouent complétement; puis l'enfant est laissé au repos pendant quelques jours. Cependant, des phénomènes généraux et locaux d'une certaine gravité attirent l'attention et, parmi ces derniers, une *paralysie faciale* inquiétante nécessite une intervention immédiate. — L'examen à l'aide de l'otoscope ne laisse voir aucun corps étranger sur toute la longueur du conduit auditif externe; la membrane du tympan semble même intacte, mais elle est un peu tuméfiée et présente à sa surface une ligne blanchâtre. Jugeant que le corps étranger a pénétré dans la caisse par une ouverture du tympan qui s'est ultérieurement cicatrisée et par conséquent refermée derrière le caillou, M. Ménière fait, en présence de M. Ledentu, avec un bistouri étroit, une petite incision à la membrane tympanique : un stylet bien fin et introduit avec une extrême précaution permet alors de sentir le corps étranger au milieu de l'oreille moyenne, mais on se contente de cette seule exploration. Des injections sont immédiatement pratiquées et répétées plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Le troisième jour, le caillou sortait de lui-même pendant une de ces injections. — Outre le danger des explorations à l'aide d'instruments, et le succès des irrigations en pareil cas, cet exemple nous montre aussi que les blessures du tympan n'entraînent pas inévitablement la perte de l'audition, puisqu'elles peuvent se cicatriser et permettre à cette membrane de se reconstituer de toute pièce.

Dr GILLETTE.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

La correspondance ne comprend que des documents relatifs au phylloxera. C'est un sujet, à coup sûr, d'un intérêt capital; mais, jusqu'à présent, nous n'avons pas de résultats décisifs à mettre sous les yeux du lecteur. La question n'a pas franchi la phase d'études. Mentionnons, toutefois, M. Maxime Cornu, qui paraît avoir pris à cœur le problème et qui fait de constants efforts pour le résoudre.

M. le Président annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre un de ses plus anciens correspondants; M. Burdin, de la section de mécanique, est mort le 12 de ce mois, à Clermont-

Ferrand, à l'âge de 85 ans. M. Bertrand, vice-président, qui a connu M. Burdin, fait, en quelques paroles, l'éloge de l'homme et donne un aperçu rapide des travaux du savant. M. Burdin est l'inventeur de la turbine; il a pressenti et préparé les nouvelles théories sur l'équivalent mécanique de la chaleur qui ont révolutionné la physique tout entière, et il a écrit sur ce sujet une quarantaine de pages excellentes qu'il serait désirable de remettre en lumière. Enfin, bien avant Erikson, il avait deviné tout le parti qu'on pourrait tirer de l'air chaud, et, quoiqu'il ne soit pas arrivé au but pratique, il est juste de revendiquer pour lui la gloire d'avoir appelé l'attention sur cette decouverte féconde.

M. Pasteur expose devant l'Académie les procédés industriels à l'aide desquels on peut mettre les bières à l'abri de toute altération. Sous le rapport scientifique, la communication de M. Pasteur ne contient rien qui ne soit déjà connu : Les altérations de la bière proviennent de germes charriés par l'atmosphère. Pour les prévenir, il suffit de ne laisser venir au contact de la liqueur que de l'air débarrassé de ces germes, ou de les tuer dans la liqueur en élevant la température de celle-ci. Il s'agissait donc d'imaginer un appareil qui permît d'atteindre ce double résultat, et c'est la construction de cet appareil qu'au moyen d'une figure préalablement dessinée sur le tableau, et fort bien dessinée, M. Pasteur explique à l'assistance.

M. Faye revient sur la question des taches solaires qu'il considère de plus en plus fermement comme produites par des tourbillons en entonnoir résultant de l'inégalité de vitesse des différentes zones du soleil. L'imprévu de cette étude, c'est que les observations du savant astronome l'amènent à rectifier une erreur généralement professée par tous les météorologistes qui se sont occupés des cyclones, trombes, orcans, tournades, typhons, etc., de notre atmosphère. Ce phénomène redoutable a toujours été considéré comme se développant de bas en haut; on a dit que, dans son irrésistible mouvement ascensionnel, il soulevait jusqu'à la région des nuages les eaux de l'Océan, et que sa puissante aspiration pouvait dessécher en un instant les mares d'eau et même les marais de peu d'étendue. Cette croyance, selon M. Faye, est le résultat d'une illusion. En réalité, le mouvement tourbillonnant des trombes se fait de haut en bas. Il s'appuie sur cette considération, à savoir que : si l'aspiration se faisait de bas en haut, cette aspiration devrait cesser au moment même du contact de la trombe avec la surface de l'eau; le phénomène alors s'évanouirait; et c'est précisément à ce moment qu'il développe les plus formidables effets de sa puissance. Cela se conçoit sans peine si l'on admet que le phénomène, après avoir pris naissance dans les régions élevées de l'atmosphère, descend, en se rétrécissant toujours, à la manière d'un entonnoir, jusqu'à la surface du sol où il balaie tous les obstacles, ou de la mer dont il fait tourbillonner les vagues.

Si l'on pouvait, dit M. Faye, s'élever en ballon au-dessus d'un cyclone, on le verrait comme nous voyons aujourd'hui les taches du soleil dont le mouvement est évidemment descendant. Il y a, entre les deux phénomènes, cette différence que les cyclones terrestres se mesurent par mètres et sont limités par la rencontre de la surface de la planète, tandis que les cyclones solaires, qui ne sont limités par rien et qui peuvent s'enfoncer sans obstacle dans l'intérieur de la masse gazeuze, ont une profondeur qui ne saurait être évaluée à moins de 7 à 800 lieues.

M. Chevreul confirme, en quelques mots, ce qu'a dit M. Belgrand, dans la précédente séance, touchant l'inaltérabilité du plomb en contact avec l'eau chargée de sels.

MM. G. Carlet et J. Strauss ont envoyé, sur le fonctionnement de l'appareil respiratoire après l'ouverture de la poitrine, un mémoire dont la note additionnelle suivante fera comprendre l'esprit et donnera le résumé : « Le fait du développement du poumon, au moment de l'effort, malgré l'ouverture du thorax, a été déjà mis en lumière par Malgaigne, dans ses recherches sur la *hernie du poumon* dans les plaies pénétrantes de poitrine. M. Béhier a constaté, sur le malade même qui a fait l'objet des recherches de MM. Carlet et Strauss, l'existence du murmure vésiculaire, distinct quoique affaibli, immédiatement après l'opération de l'empyème, preuve évidente que le poumon continuait à se développer malgré la libre pénétration de l'air extérieur dans la plèvre. Enfin, l'année dernière, pareillement à la clinique de l'Hôtel-Dieu, sur un malade auquel on avait pratiqué l'opération de l'empyème, MM. Ball et Liouville ont observé, à chaque mouvement d'inspiration, l'apparition du poumon derrière les lèvres de la plaie. Le développement pulmonaire, malgré l'ouverture de la plèvre, était donc cliniquement constaté tant au moment de l'effort que dans la respiration ordinaire. Les expériences de MM. Carlet et Strauss ont fourni une nouvelle preuve, la preuve graphique, et en même temps la mesure exacte de ce phénomène. » — M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 novembre 1873. — Présidence de M. Trélat.

Sommaire : De la compression élastique dans les amputations. — Rapport. — Lecture. — Hernie étranglée chez un enfant de trois mois. — Nouvel uréthrotome. — Hernie étranglée ; kélotomie ; mort.

M. Demarquay, en déposant sur le bureau de la Société de chirurgie la brochure de M. Esmarck, relative à la compression élastique, s'exprime ainsi :

« Pendant mon dernier séjour à Vienne, j'ai vu appliquer deux fois le mode de compression par le chirurgien de Kiel, dans le service de mon ami le docteur Mosetig. M. Ricord assistait également aux opérations dont je vais rendre compte. Nous avons assisté à une amputation de la cuisse, faite par M. Esmarck, et à une amputation du pied par le procédé de Pirogof, faite par M. le professeur Mosetig avec une très-grande habileté. L'amputation de la cuisse était nécessitée par une brûlure étendue et profonde de la jambe ; l'amputation du pied était indiquée par une section profonde des os du tarse. Pendant ces deux graves opérations, les malades ont perdu quelques grammes de sang. Frappé des avantages de ce mode de compression que je ferai connaître plus loin, je l'ai employé dans les circonstances suivantes, à l'hôpital et en ville, en présence de MM. Ricord et Hervez de Chégoin. J'ai pratiqué : 1° une amputation de la jambe droite à la partie inférieure ; grâce à cette compression, mon opérée n'a point perdu vingt gouttes de sang. L'opération terminée, j'ai dû lier les vaisseaux artériels en les isolant des veines et des nerfs avec la plus grande facilité ; 2° l'ablation de l'indicateur et d'une partie du premier métacarpien correspondant, sans perte de sang ; 3° enfin, j'ai enlevé du bras droit d'un enfant une tumeur fibro-vasculaire. La compression bien faite m'a permis de disséquer avec une grande facilité cette tumeur sans perdre une goutte de sang, et de lier les vaisseaux importants pendant que le membre était encore soumis à la compression ; celle-ci enlevée, j'ai dû lier encore quelques petits vaisseaux.

Ce procédé d'hémostase très-simple est destiné, suivant moi, à rendre un véritable service à la chirurgie ; il permet au chirurgien de pratiquer les opérations les plus graves avec le secours d'un seul aide intelligent pour donner le chloroforme, et de quelques aides assez forts pour tenir l'opéré. La compression des vaisseaux, grâce au professeur Esmarck, est devenue d'une grande facilité. Voici en quoi il consiste : Il faut avoir une bande assez longue, de 8 à 10 mètres, en soie et caoutchouc, ayant assez de consistance et assez de résistance pour faire une compression élastique suffisante. Avec cette bande, on exerce une compression depuis l'extrémité du membre jusqu'à la partie supérieure. Afin que la pression des doigts ne soit point douloureuse, je les ai enveloppés de ouate. Si le membre sur lequel on doit faire la compression est couvert de plaies, on le recouvre soit avec un taffetas gommé ou avec de la ouate ; j'ai enveloppé le membre de mon amputée avec de la ouate. La compression méthodique du membre sur lequel on veut opérer se fait pendant le sommeil chloroformique. Elle pourrait se faire en dehors, n'étant point douloureuse. Son but est de chasser le sang des vaisseaux veineux et capillaires, et d'interrompre la circulation artérielle sur tous les points du membre. Cela fait, on applique une compression circulaire sur la partie supérieure, à l'aide de deux ou trois tours circulaires faits avec un gros tube en caoutchouc élastique. Cette dernière compression assure l'arrêt complet de la circulation dans le membre à opérer.

Cette compression terminée, le chirurgien découvre la partie qu'il veut enlever et se met à opérer avec la même facilité que s'il opérait sur le cadavre. Qu'il s'agisse d'une amputation, d'une résection ou d'une ablation de tumeur, l'opération terminée, le chirurgien lie les vaisseaux importants, ceux dont les rapports sont bien connus, les isole des veines et des nerfs. Cela fait, toute compression est enlevée : le membre sur lequel on a agi présente un aspect tout à fait cadavérique qui disparaît rapidement avec le retour de la circulation capillaire. Alors le chirurgien découvre quelques petits vaisseaux qu'il n'avait point vus : ce sont les seuls qui donnent du sang. Tel est, dans sa simplicité, le procédé d'hémostase de M. Esmarck.

Ceux de mes collègues qui voudront y avoir recours trouveront chez M. Galante les éléments nécessaires à cette compression.

Avant de recourir à ce moyen hémostatique, j'ai voulu calmer certaines inquiétudes que j'avais :

1° Sur la douleur. Je me suis bien vite convaincu, en l'appliquant pendant quinze à vingt minutes sur le membre d'une femme affectée de varices, que cette double compression n'était point très-douloureuse, et qu'elle était très-supportable, quoique très-efficace ; car le membre, après une compression de quinze à vingt minutes, avait pris un aspect tout à fait cadavérique.

2° On pouvait craindre que le refoulement de tout le sang d'un membre dans le torrent circulatoire n'eût une influence fâcheuse. Il n'en est rien. M. Esmarck, voulant enlever sur un

homme des portions de tibia nécrosées sur les deux membres, soumit les deux membres de cet individu à une double compression sans aucune suite fâcheuse.

3° On pouvait se demander si la suspension dans un membre de toute circulation, pendant un temps qui peut varier de quinze à quarante-cinq minutes, n'aurait point de suites fâcheuses sur l'opération elle-même, soit au point de vue des hémorrhagies primitives, soit au point de vue des suites ultérieures des opérations.

On pouvait aussi se demander si la compression énergique faite avec un gros tube en caoutchouc n'aurait point une fâcheuse influence sur les gros vaisseaux; j'ai consulté à ce sujet MM. les professeurs Bilroth et Mosetig. Ces messieurs m'ont parfaitement rassuré à ce sujet, ainsi que l'auteur de la méthode. Les résultats définitifs de ce mode de compression que j'ai vus à Vienne, ceux que j'ai obtenus à Paris, m'ont engagé, en déposant sur le bureau la brochure de M. Esmarch, de vous exposer sa manière de faire.

Bientôt, d'ailleurs, dès que nos collègues l'auront expérimenté, nous pourrons, avec plus de connaissance de cause, discuter la valeur et l'opportunité de son emploi dans la chirurgie civile comme dans la chirurgie d'armée. »

— M. Giraud-Teulon lit deux rapports sur deux communications faites à la Société de chirurgie par M. le docteur Gayat (de Lyon), candidat au titre de membre correspondant.

Dans la première de ces communications, il s'agit des analogies que l'auteur croit avoir reconnues entre les taies superficielles de la cornée et les cicatrices cutanées, au point de vue des prédispositions offertes par les unes et les autres aux récidives inflammatoires. L'épithélium altéré de la cornée y offrirait un terrain tout prêt pour les inflammations, comme on peut l'observer dans les mêmes dispositions aux récidives inflammatoires offertes par les cicatrices de la peau. L'analogie histologique déterminerait l'analogie pathologique.

C'est ainsi que l'auteur se rend compte de la reproduction des ulcères et vésico-pustules sur des points déjà atteints de la cornée, et qu'il a constatés dans quatre observations jointes au mémoire.

Ce point de vue paraît logique, mais il faudrait un plus grand nombre d'observations pour qu'il acquît force de loi.

Dans la deuxième communication, M. Gayat fait connaître les résultats de 14 expériences qu'il a entreprises pour vérifier les assertions de la physiologie expérimentale sur la régénération du cristallin; il résulte des expériences de M. Gayat que, au lieu de chercher à obtenir une régénération de la lentille extraite, le chirurgien devra, au contraire, se défendre contre cette reproduction.

— M. le docteur Cazin a lu une observation d'extroversion de la vessie, renvoyée à une commission composée de MM. Marjolin, Tarnier et Dubreuil.

— M. Guéniot communique une observation de kélotomie qu'il a pratiquée sur un enfant de 3 mois pour une hernie inguinale étranglée. L'enfant a succombé le soir même de l'opération.

A l'autopsie, on a trouvé l'intestin grêle très-distendu et dont les anses étaient agglutinées entre elles par de fausses membranes, signe d'inflammation péritonéale. Le gros intestin s'était affaissé; une anse de cet intestin pénétrait de deux centimètres dans le canal inguinal; elle appartenait à la portion située à trois ou quatre centimètres de l'intestin grêle; l'anse était restée pincée, étranglée dans la portion interne du canal. L'étranglement était produit par les deux orifices du canal inguinal, l'interne et l'externe.

M. Marjolin dit que la hernie étranglée est excessivement rare avant l'âge de 13 mois; il n'en a jamais rencontré chez des enfants aussi jeunes que le petit malade de M. Guéniot.

M. Panas rappelle qu'il a opéré, à l'hôpital Saint-Antoine, une petite fille de six mois atteinte de hernie inguinale droite étranglée; l'agent de l'étranglement était le même que dans le cas de M. Guéniot. Le sac contenait, outre l'intestin, l'ovaire et la trompe du côté droit.

— M. Notta, de Lisieux, membre correspondant, présente un uréthrotome fabriqué il y a déjà quelques années, par Charrière, sur ses indications. Il a pratiqué une cinquantaine d'opérations avec cet instrument. Il consiste en une sonde métallique aplatie, contenant une lame qu'on peut faire saillir de l'intérieur. M. Notta commence par dilater le canal au moyen de bougies de plus en plus grosses; arrivé à des bougies ayant 3 millimètres de diamètre, il les remplace par des sondes Béniqué. Si le rétrécissement est dilatable, il continue l'usage des sondes Béniqué; si le rétrécissement est dur, calleux, non dilatable, on passe l'uréthrotome. Immédiatement après l'incision, on introduit une sonde à demeure de 8 à 9 millimètres qu'on laisse pendant trois jours; après quoi, on passe tous les jours des sondes de plus en plus grosses. Les malades sortaient de l'hôpital en se passant eux-mêmes la sonde Béniqué n°s 48, 49 et 50. La durée du traitement est de vingt à trente-cinq jours; M. Notta n'a pas eu d'autre accident qu'une orchite, un abcès pelvien et un accès de fièvre.

— M. Cruveilhier communique une observation de kélotomie qu'il a pratiquée dans un cas de hernie étranglée depuis vingt-quatre heures. Il y avait œdème des bourses et du bas-

ventre. L'opération mit à découvert une poche contenant de la sérosité sanguinolente et des fausses membranes. M. Cruveilhier crut à des adhérences de l'intestin avec le sac, d'autant plus que, en ponctionnant la poche, il en sortit des gaz mélangés au liquide. Il pratiqua le débridement, qui ne fut pas suivi de réduction; le malade mourut quelques jours après. A l'autopsie, M. Cruveilhier reconnut que l'étranglement n'avait pas été levé et le sac non ouvert; ce qui expliquait la présence des gaz, c'était la rupture de l'intestin; l'étranglement était dû au collet du sac.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

JOURNAL DES JOURNAUX

Succès du bromure de potassium contre l'hydrophobie. — Un paysan de 43 ans fut mordu par un chien enragé à la fesse droite, dont la plaie fut cautérisée quatre heures après avec le fer rouge. Un mois après, des troubles nerveux se manifestent et augmentent le lendemain, avec physionomie abattue, sentiment de constriction à l'épigastre et au gosier. Le docteur Navarini, chirurgien en chef de l'hôpital de Brescia, prescrit 3 à 4 grammes de chloral la nuit pour provoquer le sommeil. C'est en vain. La nuit du troisième jour est encore plus agitée, avec anxiété, voix rauque, contraction tétanique du bras droit, du thorax et du cou, avec prévisions lugubres, hallucinations. Le malade est mélancolique, abattu, découragé le lendemain matin. On donne alors 4 grammes de bromure de potassium en solution. L'amélioration est évidente, la nuit est plus tranquille, et, en augmentant la dose, le calme revient et la mélancolie disparaît.

Huit jours après la cessation de ce traitement, les mêmes accidents reparaissent, moins intenses. On donne 6 grammes de bromure, et ils disparaissent comme la première fois. Le malade sort de l'hôpital, et la guérison s'est maintenue depuis. (*Ann. delle sc. med.*, août.)

Bien que l'auteur ne donne pas ce fait comme un fait confirmé de rage, il l'a à tort intitulé : *Hydrophobie*, puisque ce symptôme essentiel n'est pas plus constaté que les dates de cette observation importante. — P. G.

Rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire. — Sous ce titre, le docteur Menzel, de Trieste, relate le cas d'une femme de 67 ans, qui fut admise à l'hôpital dans un service de médecine, dans l'état suivant : L'abdomen était aussi volumineux que dans les derniers mois de la grossesse, avec un épanchement abondant très-perceptible et l'utérus très-mobile. Œdème des membres inférieurs, thorax normal. Une cirrhose fut diagnostiquée, et la dyspnée étant considérable, le docteur Lorenzutti pratiqua la paracentèse sans issue de liquide. Un cathéter, introduit dans la canule, ramena seulement peu de matière gélatineuse. On crut alors à la présence d'un kyste de l'ovaire, et la malade fut transférée dans le service de chirurgie, où M. Menzel pratiqua aussitôt une nouvelle ponction dans la ligne blanche avec un gros trocart. Il ne sortit pas davantage de liquide; l'aspiration seule amena une petite quantité de matière gélatineuse jaunâtre contenant de nombreuses cellules lymphoïdes. L'opérée succomba le lendemain.

L'autopsie montra une énorme quantité de liquide gélatineux dans l'abdomen. Le péritoine était recouvert d'une couche de fibrine, épaisse de plusieurs lignes, en parti ferme et en partie ramollie. Des adhérences organisées existaient entre les circonvolutions intestinales et les parties voisines. Un kyste colloïde de l'ovaire gauche, aussi gros que la tête, était couché sur l'utérus; les parois en étaient épaisses et ramollies. (*Viener med. Wochenstr.*, septembre.)

N'est-ce pas là un exemple de cette maladie gélatineuse du péritoine décrite par M. Péan en 1871? Cela est d'autant plus vraisemblable que l'épanchement s'était fait graduellement, et que la malade n'avait jamais éprouvé la sensation soudaine résultant de la rupture d'un kyste et de l'effusion du liquide dans le péritoine. Peu de jours avant sa mort elle pouvait encore aller et venir. — P. G.

FORMULAIRE

POMMADE CAUSTIQUE CONTRE LES SCROFULIDES. — HARDY.

Bi-iodure de mercure.	8 grammes.
Axonge récente.	8 —

F. s. a. une pommade conseillée dans les cas de scrofulides érythémateuses, pustuleuses et même tuberculeuses, lorsqu'il n'y a pas d'ulcération, ou que cette dernière est superficielle. On étend une légère couche de pommade sur la partie malade, et on détermine une espèce

d'érysipèle artificiel, qui produit le même effet, et amène une modification aussi prompte et presque aussi efficace que l'érysipèle spontané. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 22 Novembre 1687.

Ce jour, Louis XIV lance un règlement pour ses gardes françaises. Les chirurgiens y attachés ne sont pas oubliés. Voici quelques articles curieux de ce règlement : « Les chirurgiens de la compagnie n'ont nul droit, dans leurs quartiers, de tenir boutique ouverte, mais seulement de pendre un bassin à la fenêtre de leurs chambres pour indiquer leur logement aux soldats. — Ils pourront travailler à la barbe dans leurs boutiques ou salles. — Ils ne pourront porter ni bassin ni coquemart dans les maisons pour y faire la barbe aux bourgeois. — Ils n'auront à leurs boutiques qu'un châssis de papier, large de deux pieds, avec un seul carreau de verre. — Ils n'auront qu'un seul bassin attaché contre la muraille, sans potence ni saillie, etc., etc. »

A. Ch.

Diminution des eaux a la surface de la terre. — La mer qui entourait la Caspienne a disparu ; celle qui probablement couvrait le Sahara a disparu ; le Nil, autrefois, coulait à une hauteur double de celle d'aujourd'hui. En Amérique, on peut suivre le cours desséché d'un grand fleuve qui pouvait rivaliser avec l'Amazone, etc.

La terre, dit-on, a englouti ces eaux dans ses gouffres creusés par les déjections des laves, par les soulèvements des montagnes, mais ces soulèvements ont été compensés par des dépressions, l'équilibre a dû s'établir, et cet état a probablement toujours duré.

Cette diminution des eaux ne peut-elle pas s'expliquer d'une manière différente ? L'eau, sur la terre, est décomposée par une infinité de causes. Son hydrogène s'élève continuellement au-dessus de notre atmosphère en raison de sa légèreté. Le Soleil, cet aimant énorme, l'attire à lui au travers de l'espace, rempli, soit de l'air raréfié, soit de cette électricité qu'on nomme l'éther. La Terre a soutiré l'eau de son satellite, et elle-même a donné et donne toujours son eau au Soleil. Cette masse immense d'hydrogène qui entoure la chromosphère, n'a probablement pas d'autre origine ; à la longue, toutes les planètes, comme la Lune, se stériliseront jusqu'au moment où, par suite de lois immuables encore inconnues, un Soleil de première grandeur, dans sa révolution de quelques millions d'années, traversant notre univers, changera brusquement la direction de ses pôles et créera une vie nouvelle.

Mais, dit-on, l'oxygène et l'hydrogène se mélangent dans l'atmosphère, et les éclairs qui sillonnent les nues recomposent l'eau et la restituent à la terre ; oui, mais les éclairs sont rares, et la décomposition est permanente. (*Les Mondes.*)

— Le Conseil général de la Seine est saisi en ce moment de l'examen d'un important projet relatif à la situation des aliénés. Jusqu'ici la gestion du service des aliénés avait été attribuée à l'Assistance publique. Des réclamations s'étant produites contre cet état de choses, le Conseil général de la Seine a, dans sa dernière session, constitué une commission formée de MM. Béclard, Depaul, Hérisson, Hérold, Lavocat, Loiseau, Trélat, conseillers généraux ; Blanche et Lassègue, médecins aliénistes, et du directeur de la préfecture.

Cette commission, dont la présidence a été déférée au préfet de la Seine, avait mission d'examiner toutes les questions relatives aux aliénés, et notamment celle de l'attribution du service des aliénés à telle ou telle administration. Cette dernière question a, dans le sein de la commission, donné lieu à des discussions très-vives.

Le *Journal des Débats* nous apprend que M. Durangel, directeur de l'administration départementale au ministère de l'intérieur, a surtout insisté pour que le service des aliénés fût soumis à la préfecture de la Seine. Il a fait valoir, à l'appui de cette prétention, cette circonstance que les aliénés ne sont plus, comme autrefois, placés dans des quartiers d'hôpitaux dépendant de l'Assistance publique, mais que des établissements spéciaux leur ont été affectés. Ce point de vue a été adopté par la commission, qui a conclu en ce sens.

La commission, dans son rapport, a également émis l'avis qu'une commission spéciale de surveillance devait être établie auprès de chacun des asiles d'aliénés du département.

La commission a pensé que, dans l'intérêt de la bonne exécution du service, les fonctions de directeur des établissements d'aliénés devaient être distinctes de celles de médecins, et elle a formulé le vœu que ces derniers fussent nommés au concours.

— M. le docteur de Wecker a repris ses conférences cliniques, mercredi 20 novembre, à 2 heures, 55, rue du Cherche-Midi, et les continuera les samedis et mercredis suivants.

Mercredi, opérations ; samedi, exercices ophthalmoscopiques.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

DU PSORIASIS DE LA LANGUE ET DE LA MUQUEUSE BUCCALE (1) ;

Par Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

IV

Le 23 décembre 1871, je constatai l'état suivant : La langue n'a pas augmenté de volume; elle a conservé toutes ses sensibilités et la liberté de ses mouvements.

Ses veines sont très-dilatées et comme variqueuses. Sa teinte est bleuâtre.

Dans quelques points, elle est pelée, lisse, et semble dépouillée de son épithélium.

Sur sa face supérieure, sur ses bords et un peu sur sa face inférieure, depuis la pointe jusqu'à la base, existent des traînées et des plaques plus ou moins épaisses et d'un blanc d'argent. Dans les endroits où cette couche morbide est confluente, on voit des sillons, des crevasses et des traces de cicatrices qui donnent aux bords un aspect déchiqueté.

Sur quelques-uns de ces points ont poussé des touffes de végétations sessiles, framboisées, d'un rouge foncé, dont les petits mamelons sont séparés les uns des autres par de la substance blanche.

Plusieurs plaques très-blanches et comme cornées ont plus d'épaisseur que les couches étendues uniformément, et dépassent le niveau des parties voisines.

Sur la muqueuse des lèvres et des joues, on observe les mêmes lésions, mais à un moindre degré.

A la lèvre inférieure, les glandes de la muqueuse sont proéminentes et entourées d'un réseau vasculaire veineux très-prononcé. Là, comme sur la langue, la dilatation variqueuse des veines est remarquable. Il y a, là aussi, des crevasses et des végétations dont les lobules, d'un rouge vineux, se détachent sur les interstices d'un blanc d'argent.

La sécrétion salivaire paraît être normale.

La gorge est saine, ainsi que le larynx et tous les autres organes.

V

On voit combien sont multiples les lésions que peut produire le psoriasis buc-

(1) Suite. — Voir les numéros des 18 octobre et 4 novembre.

FEUILLETON

LES HARMONIES DE L'HOMŒOPATHIE

Voilà qui peut piquer la curiosité. Un livre publié sous ce titre alléchera peu les médecins. Je le veux bien, mais il appellera l'attention inquiète de plus d'un penseur.

Le fait s'est produit : en raison des harmonies que beaucoup croient exister entre la doctrine spiritualiste et ce système de médecine; des revues orthodoxes lui ont ouvert leurs colonnes, et, suivant une impulsion plus sentimentale que raisonnée, ont accueilli le système sur la foi du pavillon qui semblait le couvrir.

Si cependant on y regardait de près, on ne tarderait pas à se convaincre que ces harmonies n'en sont pas, qu'elles peuvent même se retourner contre la thèse à laquelle on les croyait favorables, parce que, en pareille matière, on voit surtout ce que l'on veut bien voir.

Il y a, dans l'homœopathie, deux principes essentiels, sans lesquels elle n'est plus elle-même. C'est d'abord celui qu'exprime l'aphorisme : *Similia similibus,* et qui a sa formule dans la loi thérapeutique des semblables. Il y a ensuite le principe de la dynamisation de la matière par la division, ou la loi des doses infinitésimales.

Or, je me demande quelles harmonies de telles lois peuvent rencontrer dans les sphères supérieures de la vie, pour qu'elles soient capables de ravir nos penseurs!

Laissez-moi seulement rétablir ici l'exactitude et rendre à chacun ce qui lui appartient : La loi du traitement par les semblables n'appartient pas à l'homœopathie, ce n'est pas elle

cal. Outre celles qui existaient dans l'observation I, il y en a dans celle-là quelques-unes nouvelles et d'une physionomie très-caractéristique. Je reviens sur cette *blancheur* des plaques et des traînées épithéliales : elle est remarquable et tout à fait semblable à celle du chlorure d'argent. Je ne l'ai jamais observée dans les affections syphilitiques de la bouche; mais je n'ai pas par devers moi un nombre assez considérable de cas pour affirmer qu'on la peut élever au rang de signe pathognomonique.

Comme dans toutes les muqueuses qui ont été chroniquement enflammées, le système veineux prend une prépondérance marquée. Les veines perdent leur tonicité, s'hypertrophient, se dilatent, deviennent variqueuses. Ces lésions semblent s'étendre jusqu'aux capillaires veineux, comme on le constate autour des papilles ou des plaques cornées, etc. La circulation de ces vaisseaux languit, et il en résulte une teinte générale d'un rouge sombre sur laquelle s'enlèvent en vigueur les plaques ou les traînées blanches de l'épithélium.

Il faut signaler aussi, comme une conséquence de la phlogose chronique, les touffes de végétations qui poussent çà et là sur les bords de la langue et sur les lèvres. Elles me paraissent différer des papules muqueuses végétantes d'origine syphilitique : 1° par leur aspect plus nettement mamelonné; 2° par la présence, entre les saillies dont elles sont hérissées, d'une couche d'épithélium plus ou moins épaissi, et présentant la coloration d'un blanc vif, bien différente de la teinte grise opaline, etc. Au surplus, la forme végétante, surtout avec exubérance, est très-rare dans la syphilis buccale. J'ai vu récemment un exemple bien remarquable de papille hypertrophique de la langue chez un individu âgé de 26 ans, arrivé au cinquième mois d'une syphilis, à accidents consécutifs superficiels. Il existait encore des traces de roséole et de nombreuses plaques muqueuses sur les organes génitaux et les lèvres. Vers la partie moyenne de la langue et sur sa face supérieure, s'élevait, à quelques millimètres au-dessus des parties voisines, une plaque parfaitement circulaire, rouge, lisse, dépouillée d'épithélium de 2 centimètres de diamètre, douloureuse, circonscrite par une sorte de fossé régulier comme elle, et assez profondément creusé dans l'épaisseur de la muqueuse. Sur d'autres points, la langue présentait de nombreux disques de desquamation.

Je ferai remarquer encore l'hypertrophie des glandes de la muqueuse des lèvres, et l'absence de toute lésion sur l'isthme et dans le pharynx. Enfin, dans ce cas ni

---

qui l'a inventée; la tradition médicale la revendique, elle a ses titres à l'appui. Ce que, depuis Hippocrate, nous appelons la *médication substitutive*, n'est, en pratique, qu'une des méthodes de l'art de guérir, dont Hahnemann a fait son système en en faussant la théorie. Et si Trousseau et Pidoux ont pu dire que l'homœopathie avait aidé à la restauration de la médecine substitutive, c'est sans doute comme l'erreur peut aider à la restauration de la vérité. C'est un fait que l'on voit souvent se reproduire dans l'histoire de la philosophie morale et religieuse.

Si donc il y a là quelque harmonie mystérieuse, c'est pour nous, médecins de la tradition, que j'en réclame le bénéfice. J'ai vu quelquefois traiter la gourmandise par une indigestion; et il est des pays où l'on ne craint pas d'attaquer la passion de l'ivresse, en mêlant l'alcool à tous les aliments du malade, jusqu'à ce qu'on atteigne la satiété et le dégoût. Il n'est pas de meilleur exemple de l'application du *Similia similibus;* je doute cependant qu'il puisse convaincre personne que toute maladie peut être ainsi combattue.

Le second principe sur lequel repose l'homœopathie est celui de la division infinitésimale des doses du médicament. Celui-là a quelque chose de plus fantastique, qui prête davantage aux imaginations harmonieuses, je le crois bien. On prend une matière, on la divise, on la divise encore, et par là on lui communique une puissance d'action telle, qu'elle sort pour ainsi dire de la sphère matérielle, pour atteindre le dynamisme qui constitue la maladie. Je ne sais si vous me comprenez; mais ce n'est pas tout à fait ma faute si vous n'y voyez pas plus clair. Et l'on invoque l'étude physiologique des médicaments. *Proh pudor!*

Mais qui donc la fait, cette étude, sévère, répétée? Qui donc la transporte du domaine de l'humanité dans celui de l'animalité, pour contrôler l'un par l'autre? Qui donc a déjà recueilli des résultats qui sont enregistrés, chiffrés, pesés, mesurés, comme doivent l'être les résultats de toute observation sérieuse? Qui? sinon l'allopathie, la médecine traditionnelle, qui a prouvé ainsi que les doses infinitésimales, fussent-elles encore quelque chose, et eussent-elles quelque

dans le précédent, on ne sentait aucune induration profonde dans le parenchyme de la langue.

VI

Pour terminer l'histoire de ce malade, j'ajouterai qu'il est placé dans d'excellentes conditions hygiéniques, qu'il n'a point d'habitudes alcooliques, qu'il ne fume pas depuis sept ans, qu'il est père d'une petite fille âgée de 10 ans qui n'a jamais été malade.

Il a consulté depuis 1868 beaucoup de médecins. Un d'eux lui a fait prendre de la liqueur de Van Swieten, d'autres de l'iodure de potassium.

Quant à moi, après avoir cautérisé toutes les végétations avec le crayon de nitrate d'argent, j'ai conseillé au malade de recourir à la médication arsénicale. Je ne l'ai pas revu depuis cette époque. Il serait téméraire de croire que mes conseils ont été suivis de meilleurs effets que ceux de mes confrères. Le psoriasis buccal, quand il n'est pas d'origine syphilitique, présente une opiniâtreté contre laquelle viennent échouer toutes les médications.

VII

Dans les deux cas précédents, les lésions, au moment où je les ai observées, étaient déjà très-anciennes, puisque chez le premier malade elles duraient depuis treize ans et chez le second depuis onze ans. Ma description aurait donc besoin d'être complétée par celle d'une phase moins avancée de l'affection. Malheureusement les observations de psoriasis buccal sont rares dans les recueils scientifiques. La thèse de M. Saison (1) en contient cependant une recueillie dans le service de M. Lailler par M. Landrieux, qui peut remplir les conditions qui manquent aux miennes.

Le malade, âgé de 69 ans, présentant tous les attributs de la santé la plus robuste, n'avait jamais eu aucune maladie constitutionnelle, sauf des douleurs articulaires subaiguës peu importantes. Il ne faisait aucun excès et fumait peu.

Néanmoins, trois mois avant d'entrer à l'hôpital, il vit quelques points d'apparence blanchâtre sur la surface supérieure de la langue. Il en accusa une consti-

(1) Saison, *Diagnostic des manifestations secondaires de la syphilis de la langue*. Adrien Delahaye, 1871, p. 59.

---

action (chose absurde), l'homœopathie n'a pas le droit de le penser et de le dire, tant que le fait n'a pas été établi par une observation et une expérimentation dont je viens de rappeler les conditions. Or, cela, elle ne l'a pas fait, elle ne le fera pas.

Savez-vous pourquoi ces prétentions de l'homœopathie m'ont fait bouillir quelque chose dans l'esprit et mis la plume à la main? C'est que, moi aussi, j'ai eu, il y a longtemps, l'idée de formuler les harmonies de l'homœopathie en regard de celles qui conviennent à la doctrine traditionnelle.

L'homœopathie, ce n'est autre chose qu'une prétendue réforme qui, née, comme d'autres, sur le sol malsain de l'Allemagne, sous prétexte de rectifier, s'applique à restreindre les larges bases de la tradition scientifique, à se tracer au milieu d'elles un petit sanctuaire, et qui, de cette étroite enceinte, confine cependant à la fois et au mysticisme le plus nuageux et au panthéisme le plus matériel. Ce serait facile à démontrer. Il n'est pas jusqu'à la nudité des officines de l'homœopathie, que je ne comparerais à la vacuité des temples d'outre-Rhin.

Un religieux de mes amis m'avait autrefois dissuadé de rien écrire dans ce sens, me remontrant, avec raison, que ces harmonies ne pouvaient que provoquer la division et accroître la discorde.

Et cependant, puisqu'on nous oppose de prétendues harmonies de l'homœopathie avec la religion, il est bon qu'on sache qu'il n'y a là rien de fondé; que rien ne justifie le rapprochement, trop crédulement accepté, entre le système homœopathe et l'orthodoxie religieuse. Il faut que ceux qui, de part et d'autre, sont de bonne foi, reconnaissent que, sous ses apparences mystico-spiritualistes, l'homœopathie couvre une de ces thèses allemandes qui ne reposent que sur la confusion.

De principes, elle n'en a pas à elle; elle en a pris *un* dans le domaine de la tradition, et en a fait son *système*. Avec quoi cela peut-il être harmonique, sinon avec l'erreur?

A. FERRAND.

pation habituelle et opiniâtre. La maladie augmenta progressivement, et, au troisième mois, elle présentait l'état suivant que je cite, tel qu'il est relaté dans l'observation :

« La face supérieure de la langue, dans ses deux tiers antérieurs, c'est-à-dire la portion de l'organe qui est située en avant du V lingual, présente un aspect opalin blanchâtre, lequel n'offre pas une disposition que l'on puisse rapporter à la disposition circinée ou nummulaire. Les points, d'apparence blanchâtre, ont une épaisseur variable. Sur certaines portions, la coloration est d'un blanc resplendissant nacré, dans les points surtout où la muqueuse présente des élevures papuleuses de la grosseur d'un grain de millet, mais d'une superficie un peu plus grande. Ces élevures sont appréciables avec le doigt; elles donnent la sensation que l'on éprouve en passant la main sur une portion de peau atteinte de lichen. Au niveau de ces parties blanchâtres, on observe des enfoncements, des sillons transversaux et antéro-postérieurs. Enfin, sur les parties où la muqueuse offre cette teinte opaline, il y a des endroits où elle paraît presque saine. Signalons une petite ulcération allongée superficielle qui se trouve à la base de l'organe. L'apparence opaline existe également à la pointe de l'organe et un peu vers les bords latéraux; mais elle ne se propage pas sur la face inférieure et sur le plancher buccal. On retrouve encore quelques lamelles blanchâtres à la face interne des commissures et des joues.

« Au toucher, on ne sent pas d'induration profonde dans le tissu lingual. La nuit, il y a sécheresse très-accusée de la cavité buccale. Pas de démangeaisons.

« Douleurs provoquées par les aliments chauds et non par les aliments froids. La sensation gustative paraît intacte. Salivation abondante, surtout après les repas. Sommeil très-bon; appétit conservé. »

VIII

Dans cette excellente description, il est facile de retrouver une à une, mais sous une forme moins accentuée, toutes les lésions qu'ont présentées mes deux malades. La longue durée de la maladie n'ajoute donc aucun élément morbide nouveau à ceux qui se produisent simultanément dès les premiers mois. C'est là un caractère important qui appartient aux deux espèces arthritique et herpétique, principalement à l'espèce herpétique.

Quant à la localisation, elle est la même. Le psoriasis affecte surtout la face supérieure de la langue en avant du V lingual, ses bords et sa pointe, beaucoup moins sa face inférieure. Après la langue, les commissures des lèvres et la face interne des joues sont les parties les plus fréquemment et les plus fortement atteintes.

Je ne reviendrai pas sur les autres particularités; qu'il me suffise de faire remarquer qu'au début la sensibilité paraît plus vive que dans les phases avancées, comme l'indique la douleur que provoquait chez ce malade le contact des aliments chauds.

Il fut traité pendant deux mois à l'hôpital Saint-Louis. On lui faisait prendre chaque jour 10 grammes de bicarbonate de soude dans un litre d'eau. Il buvait de la tisane de séné, mâchait de la rhubarbe, et subissait une pulvérisation matin et soir.

Pendant le premier mois, son état resta à peu près stationnaire; pendant le deuxième, quoique les parties atteintes n'eussent guère changé d'aspect, des modifications favorables s'étaient produites au point de vue des douleurs que le malade éprouvait presque constamment. Elles avaient disparu; la mastication s'opérait facilement.

Lorsque ce malade sortit, l'éruption n'était que très-légèrement améliorée; les plaques épithéliales, toutefois, étaient un peu moins épaisses.

OBSERVATION III

I

Les cas que nous avons vus jusqu'à présent n'avaient point une étiologie générale ou locale bien précise; et il serait difficile, à moins de se contenter de peu, d'y

trouver les éléments d'une maladie constitutionnelle quelconque à laquelle on pût attribuer un rôle pathogénique.

Il n'en est pas de même chez le malade dont je vais raconter l'histoire. Là le psoriasis buccal était manifestement d'origine syphilitique.

M. P..., militaire, âgé de 27 ans, grand, vigoureux, d'une bonne constitution, habituellement bien portant, n'ayant jamais eu aucune maladie grave, contracta un chancre infectant prépulial, qui apparut le 10 septembre 1871.

Trente-sept jours après l'apparition de ce chancre, il survint des plaques muqueuses sur la verge et dans la gorge. Le malade fumait beaucoup. Il prit du protoiodure d'hydrargyre et de l'iodure de potassium.

La langue fut atteinte dès le début des accidents consécutifs. Ainsi les bords se couvrirent de plaques muqueuses dans la première semaine de l'année 1872. Mais elle ne devint sérieusement malade que plus tard, vers la fin de mars et au commencement d'avril (cinquième mois de la maladie).

Dans la période d'invasion des accidents généraux, M. P... fut tourmenté par des névralgies occipito-frontales qui cédèrent assez facilement à l'usage de l'iodure de potassium. La peau resta intacte ou, du moins, ne présenta qu'une éruption insignifiante. Il survint de l'impétigo dans la barbe.

II

Voici dans quel état se trouvait ce malade lorsqu'il vint me consulter le 22 avril 1872 (sixième mois de la maladie) : La cavité buccale était douloureuse, ainsi que la gorge, ce qui rendait la parole embarrassée, et la mastication et la déglutition très-pénibles. Il existait une saveur salée désagréable, et la salivation était abondante, mais non mercurielle. Le sens gustatif était très-émoussé.

La langue présentait, sur son bord droit, trois ou quatre déchiquetures profondes, cicatrisées, empiétant un peu sur sa face supérieure. Les papilles de l'organe avaient presque complétement disparu, et n'existaient plus qu'à l'état d'îlots isolés avec leur aspect touffu, blanchâtre, caractéristique.

Sur ces parties pelées, c'est-à-dire dépouillées d'épithélium normal et de papille, s'élevaient des saillies mamelonnées couvertes d'une sorte de couenne grisâtre. Cette sécrétion pseudo-membraneuse s'étalait aussi par places sur des parties non saillantes.

En palpant la langue, on sentait dans sa moitié antérieure, sur le côté droit, des nodosités sous-muqueuses qui proéminaient peu à la surface de l'organe, et qui présentaient la dureté, la consistance des tumeurs gommeuses avant leur phase de régression.

Les lèvres étaient couvertes de plaques muqueuses, dont quelques-unes étaient ulcérées, d'autres opalines, d'autres enfin recouvertes de cette couenne grisâtre signalée sur la langue. Plaques et sillons aux commissures.

Tuméfaction des gencives. Rougeur congestive de toute la muqueuse buccale, de celle de l'isthme du gosier et du pharynx, sans plaques syphilitiques.

Impétigo spécifique à l'entrée des narines.

III

La syphilis se manifestait, sur d'autres points du corps, par des lésions caractéristiques. Ainsi le fourreau de la verge présentait une plaque annulaire à circonférence saillante et squameuse.

Sur le limbe s'était produite une large suffusion plastique dure, cartilagineuse, couverte de deux ou trois érosions, et tout à fait semblable à certaines formes de l'accident primitif. A la place où était le chancre, il ne restait qu'une très-légère induration.

Il n'existait pas de ganglions visiblement malades dans les aines ni à la nuque. Le malade était très-gras, et sa santé n'avait été que médiocrement compromise par cette syphilis.

Je cautérisai la langue et les lèvres avec le crayon de nitrate d'argent, et je pres-

crivis de prendre chaque jour 6 centig. de proto-iodure d'hydrargyre, 3 gram. d'iodure de potassium, de se gargariser avec une solution de chlorate de potasse, et de s'abstenir de fumer.

Quinze jours après, ce malade m'écrivit que cette médication, ponctuellement suivie, avait donné les résuttats suivants :

Les ulcérations de la langue avaient complétement disparu, ainsi que celles des lèvres et du fourreau de la verge. L'infiltration plastique du prépuce avait diminué. Tout l'intérieur de la cavité buccale était dans un meilleur état.

Quant aux nodosités situées dans l'épaisseur de la langue, je crois bien que quelques-unes d'entre elles se ramollirent, car le 11 juin (huitième mois de la syphilis), le malade m'écrivit que les plaques de la langue étaient revenues, et il me signalait, comme symptôme plus important d'aggravation, la formation de quelques *points fistuleux* aux endroits qui, dès le début, avaient été le plus attaqués par le mal. — Qu'est-il advenu plus tard? Je l'ignore, n'ayant plus reçu de nouvelles de ce malade.

IV

Le diagnostic et l'étiologie sont trop évidents, dans ce cas, pour fournir matière à des considérations dignes d'intérêt. Il n'en est pas de même de quelques autres particularités, et notamment de celles qui ont trait à la forme anatomique et au processus de cette syphilis buccale.

J'avoue que je fus tout surpris de trouver dans l'épaisseur de la langue, au cinquième mois de la maladie, des tumeurs dures, arrondies, qui ne pouvaient être autre chose que des tumeurs gommeuses. On croit généralement que ces sortes de produits pathologiques ne se peuvent développer au sein du tissu que lorsque la syphilis est arrivée aux phases les plus avancées de son évolution. Il est vrai que les choses se passent ainsi dans la grande majorité des cas; mais il y a trop d'exceptions pour qu'on puisse convertir ce fait en loi, et établir une ligne de démarcation immuable, infranchissable, entre ce qu'on appelle les accidents secondaires et les accidents tertiaires. Dans mon mémoire sur les *affections syphilitiques précoces du système osseux*, j'ai combattu cette doctrine. Voilà un fait, et j'en ai beaucoup d'autres, qui me fournit une arme contre elle. Que deviennent des lois aussi ouvertement violées que celles-là? Chez un malade qui se présente avec des conditions de santé ordinaires et dont la syphilis, dans l'ensemble de ses manifestations et dans son processus, n'accuse aucun caractère exceptionnel de gravité ni aucune tendance maligne, la langue, au cinquième mois, se farcit de tumeurs gommeuses! N'y a-t-il pas là de quoi faire réfléchir les systématiques?

Sans doute ces tumeurs gommeuses précoces, de même que les affections précoces du système osseux, n'évoluent pas, en général, suivant le mode propre aux accidents dits tertiaires. Elles sont, la plupart du temps, résolutives, disparaissent d'elles-mêmes, ou cèdent très-vite à l'action des médicaments spécifiques; la régression ou dégénérescence granulo-graisseuse ne s'empare pas des éléments qui les constituent. Le temps, je ne veux pas le nier, apporte de profondes modifications dans la physionomie, dans la constitution anatomo-pathologique, dans les symptômes et le processus des manifestations de la syphilis. Il serait absurde de soutenir le contraire. Mais j'affirme, comme je l'ai déjà fait dans un autre travail, qu'aucune circonstance anatomique, aucune condition de structure spéciale ne peuvent mettre les tissus à l'abri de l'infection syphilitique, et qu'il n'existe pas de mode fonctionnel dans l'économie vivante qui possède la vertu de préserver certaines parties de l'organisme des atteintes du virus, en leur conférant, soit une immunité absolue, soit une immunité relative et variable, suivant les différentes phases de la maladie constitutionnelle.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

QUELQUES CAS DE GOITRE VERTIGINEUX ou apoplectique, et de goitre strangulant ou suffocant. — Maladies du cœur confondues avec la chlorose ou l'anémie, et *vice versa*, par le docteur BERGERET (d'Arbois). Brochure in-8°. Besançon, 1873. Imprimerie de J. Jacquier.

M. Bergeret applique les dénominations de goitre vertigineux, apoplectique, strangulant ou suffocant, à certaines variétés de goitres qui, par la position qu'occupe la tumeur, par la densité des tissus qui la composent, par son expansion derrière la partie supérieure du sternum et en dedans des faisceaux musculaires du sterno-cléido-mastoïdien, se trouvent dans des conditions telles que leur développement en saillie au devant du cou est limitée et difficile. Il en résulte que ces tumeurs végètent dans l'épaisseur même et dans les profondeurs des tissus qui composent la région cervicale; que, pour se faire place, elles compriment les organes circonvoisins; la circulation se trouve gênée dans les gros vaisseaux qui ramènent le sang du cerveau; ce fluide reflue vers l'encéphale et y produit un état habituel de congestion donnant lieu aux plus pénibles vertiges, quelquefois à une hémorrhagie cérébrale. Il peut arriver aussi que la trachée artère, sous l'étreinte de la tumeur, voie son calibre se rétrécir insensiblement, au point que la mort arrive par strangulation ou suffocation.

La première partie de cette brochure est consacrée à produire des exemples tirés de la pratique de l'auteur, d'accidents plus ou moins graves et même de terminaisons funestes occasionnés par la présence d'un goitre dont l'existence n'est pas toujours facile à reconnaître quand on n'est pas prévenu.

M. Bergeret préconise avec confiance l'emploi du sel de cuisine iodé contre le goitre, très-fréquent dans les contrées jurassiques où il pratique.

Dans la seconde partie de sa brochure, M. Bergeret s'occupe des maladies du cœur confondues avec la chlorose ou l'anémie, et *vice versa*, et il emprunte encore à sa pratique fort étendue plusieurs observations où ces méprises ont été faites et même par de très-célèbres cliniciens de Paris.

Ce travail, écrit et présenté sans prétention, peut être considéré comme une excellente leçon clinique dont se montrent trop avares nos confrères des départements, praticiens aussi sagaces, aussi distingués que M. le docteur Bergeret (d'Arbois), auquel la littérature médicale est redevable de mémoires estimés.

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE, par le docteur Alphée CAZENAVE, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. *Les Gourmes.* Brochure in-8°. Paris, 1873. Delahaye, libraire.

Ce titre de *Bibliothèque médicale* n'est pas expliqué par l'auteur, et comme nous n'en comprenons pas la signification, nous ne nous arrêtons qu'au sous-titre : *les Gourmes.* La grande notoriété de M. Cazenave en dermatologie devait faire attendre une monographie importante et digne de la réputation de l'auteur. Nous craignons que cette brochure ne réponde pas entièrement à l'attente du public. Elle n'est pas certainement sans mérite, mais elle semble avoir été composée avec précipitation, et les négligences de forme y sont nombreuses.

M. Cazenave présente et fait valoir les motifs qui doivent séparer les gourmes de la scrofule. Il en donne une bonne description; il les prend à la première enfance et les poursuit dans leurs transformations possibles, et plus fréquentes qu'on ne le croit, aux divers âges de la vie. Il en trace avec soin le diagnostic différentiel et indique le traitement de leurs différentes formes.

Au chapitre du diagnostic, M. Cazenave lance cette boutade à une école célèbre de l'hôpital Saint-Louis : « Si embrouillée qu'ait été de nouveau, dans ces derniers temps, l'histoire des teignes, par l'importation des rêveries allemandes, et l'audacieux envahissement de la pathologie par les prétendus champignons, l'observation permettra toujours de constater qu'il n'y a qu'une espèce de teigne, etc. » Évidemment, M. Cazenave va passer pour un rétrograde, et le tricophyton ne sera pas content.

INNOCUITÉ ET UTILITÉ de l'extrême et rapide dilatation de l'urèthre chez la femme pendant l'anesthésie, obtenue à l'aide du chloroforme, prouvées par de nouveaux faits cliniques importants, par E. SIMONIN, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy. Brochure in-8°. Nancy, 1873. Berger-Levrault, imprimeur.

Voici les conclusions de ce travail : La dilatation rapide et extrême du canal de l'urèthre, obtenue par M. Simonin, a eu lieu une fois pour l'extraction de corps étranger introduit dans la vessie; deux fois pour l'extraction de calculs; une fois pour s'assurer, au moment

d'une lithotritie, si la vessie contenait ou non un corps étranger ; et une autre fois pour l'examen du canal de l'urèthre, à l'occasion d'un polype de cette région.

Sans le sommeil dû aux anesthésiques, la douleur provoquée par la dilatation rapide est considérable, et ne permettrait point, en général, d'opération sérieuse et de longue durée.

Il y a lieu, d'après les résultats cités, de tenter la dilatation de l'urèthre soit pour l'extraction de corps étrangers introduits dans la vessie, soit pour remplacer, dans certains cas, la lithotritie, la taille uréthrale et la taille hypogastrique. Il y a lieu de l'employer pour le diagnostic, à l'aide du doigt indicateur, de la présence de corps étrangers dans la vessie, pour le diagnostic des états si divers de cet organe, comme pour celui de l'urèthre.

La dilatation rapide du canal de l'urèthre, chez la femme vivante, a été obtenue par le procédé de l'auteur, de telle sorte que, pendant l'anesthésie déterminée à l'aide du chloroforme, le diamètre de l'urèthre a pu atteindre l'étendue de 23 à 24 millimètres, et que l'urèthre a pu être franchi soit par le doigt indicateur, soit par divers instruments : dilatateurs et tenettes réunis, tenettes chargées de calculs, offrant une circonférence totale de 68 à 70 millimètres. Cette dilatation n'a provoqué aucun inconvénient, au point de vue général, et a été produite sans aucune douleur à la suite de l'anesthésiation. Elle a eu lieu sans rupture du canal.

Elle n'a pas provoqué l'incontinence de l'urine, et, au contraire, après avoir été obtenue, une incontinence chronique, due à la présence d'un calcul, a cessé complétement après l'extraction du corps étranger.

De l'inflammation du canal thoracique, par le docteur H. Chouppe. In-8°. Paris, 1873. Georges Masson, éditeur.

Thèse inaugurale rapportant les deux seules observations connues de l'inflammation du canal thoracique. Pour l'auteur, l'inflammation primitive possible du canal thoracique est hors de doute ; cette inflammation, quand elle revêt une marche rapide, s'accompagne d'une production abondante de pus, dont une partie au moins est versée par la sous-clavière dans la circulation générale. Bientôt il se manifeste un état général des plus graves : fièvre intense, prostration considérable des forces.

Ces symptômes généraux ont été jusqu'ici, dans les deux observations connues, accompagnées de manifestations locales dont il est impossible de trouver le lien avec l'affection primitive, et qui ont présenté les plus grandes variétés. De toutes ces manifestations, aucune n'a d'importance réelle au point de vue du diagnostic, et c'est uniquement par leur divergence qu'elles peuvent devenir utiles.

« Comme conclusion, ajoute l'auteur, je pense qu'il est impossible aujourd'hui, je ne dirai pas de diagnostiquer, mais de soupçonner une inflammation primitive du canal thoracique ; cependant, il faut avoir présente à l'esprit la possibilité de cette lésion, que peut-être les autopsies faites dans ce sens nous montreront être moins rare. »

L'ignipuncture, de ses différents emplois, de son indication spéciale dans les tumeurs blanches, par le docteur Trapenard. In-8°. Paris, 1873. Adr. Delahaye, libraire.

Thèse inaugurale consacrée à l'exposition de la pratique de M. le professeur Richet par sa méthode de l'ignipuncture. Définition, manuel opératoire et instrumentation, physiologie pathologique de l'ignipuncture, forment le sujet des premiers chapitres. Puis l'auteur passe en revue les affections diverses dans lesquelles le professeur applique sa méthode, avec les indications et les contre-indications. Bonne thèse, et qui met bien en relief une méthode thérapeutique qui paraît rendre les meilleurs services à M. le professeur Richet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 octobre 1873. — Présidence de M. Tarlat.

Sommaire. — Nouvelle méthode d'hémostase par la compression élastique des membres. — Lecture. — Présentation de pièce pathologique.

La communication faite dans la dernière séance par M. Demarquay, en présentant la brochure de M. Esmarck (de Kiel) sur la compression élastique, a donné lieu à une discussion tres-intéressante sur la valeur de ce procédé d'hémostase appliqué par l'auteur d'une manière générale aux amputations des membres. M. Verneuil, qui a ouvert cette discussion, a d'abord examiné la question de priorité ou de propriété scientifique. On se serait trop hâté, paraît-il, de donner à la nouvelle méthode le nom du chirurgien allemand. Au dire de quelques-uns, le

mérite de la priorité de l'idée et de l'application appartiendrait à un chirurgien italien dont M. Verneuil ne se rappelle pas bien le nom, mais qu'il croit être M. Silvestri (de Vicence).

Quoi qu'il en soit, la question de propriété ne paraît pas encore jugée, et il y a lieu d'attendre de plus amples informations avant d'appeler la nouvelle méthode du nom de M. Esmarck (de Kiel).

De plus, M. Verneuil a déclaré que la méthode, quelle qu'en soit l'origine, allemande ou italienne, avait eu en France des antécédents. Des tentatives sérieuses dans la même direction ont été faites, à Paris, par deux chirurgiens des hôpitaux, membres de la Société de chirurgie, MM. Guyon et Lannelongue. Après eux, M. Verneuil a eu plusieurs fois l'occasion de mettre en pratique, avec un succès complet, le procédé qui lui avait été indiqué par M. Guyon. Laissant à son collègue le soin d'exposer d'une manière complète son procédé devant la Société de chirurgie, M. Verneuil s'est occupé principalement d'apprécier la valeur de la méthode dite d'Esmarck.

Suivant lui, cette méthode se recommande par de grands avantages : simplification opératoire et amélioration thérapeutique.

Elle simplifie les opérations : 1° en dispensant de la compression digitale et, par conséquent, de l'aide chargé de cette compression, aide qu'il est parfois très-difficile ou impossible de trouver; 2° en donnant une plaie d'amputation exsangue, de telle sorte que le chirurgien n'est jamais gêné par le sang; enfin, elle constitue une amélioration thérapeutique, puisqu'elle économise le sang des opérés, avantage qui n'a pas besoin de démonstration.

Mais cette méthode a contre elle de ne pouvoir être généralisée; elle ne peut être appliquée aux amputations qui se pratiquent au voisinage de la racine des membres, à la désarticulation de l'épaule ou de la hanche, à l'amputation sous-trochantérienne de la cuisse, etc.; elle doit être réservée pour les amputations des parties inférieures des membres.

En outre, il ne paraît guère possible que les appareils de M. Esmarck trouvent leur application dans les cas d'amputation pour cause d'écrasement des membres.

Enfin, il ne semble pas douteux que la compression élastique pourrait, dans certains cas, avoir des conséquences funestes en chassant dans le torrent circulatoire des embolies septiques et des caillots purulents. Ce serait le cas, par exemple, des amputations secondaires pratiquées pour des fractures comminutives, avec communication du foyer de la fracture avec l'air extérieur, etc.

Tout en faisant ces réserves, M. Verneuil n'en donne pas moins son approbation à la méthode de la compression élastique, qu'il désire voir entrer de plus en plus dans la pratique chirurgicale.

M. Guyon est venu ensuite, ainsi que l'avait annoncé M. Verneuil, entretenir la Société de chirurgie d'un moyen hémostatique qu'il met en usage depuis plus d'une année et qui lui a donné les meilleurs résultats. Sans être aussi parfait que le procédé dit d'Esmarck, il a sur celui-ci l'avantage de pouvoir être employé sans inconvénients, quel que soit le genre des lésions qui nécessitent l'amputation.

M. Guyon a eu pour but de supprimer les pertes, toujours abondantes, de sang veineux qui ont lieu dans les amputations et qui ne sont nullement empêchées par la compression artérielle la mieux faite, celle-ci ne s'opposant qu'à l'écoulement du sang artériel. Pour cela, il fait d'abord élever fortement le membre par les aides au moment où commence la chloroformisation, et il fait maintenir le membre ainsi élevé jusqu'à ce que le malade soit complétement endormi. Avant d'abaisser le membre, il fait commencer la compression artérielle, afin d'arrêter tout apport de sang dans les veines, déjà complétement vidées sous l'influence de la position; puis on place un lien constricteur, très-fortement serré, *immédiatement au-dessous* du point où doit être pratiquée la section, et l'on fait placer le membre en position pour opérer.

Dans une série de grandes opérations qu'il a pratiquées en mettant en usage ce moyen, M. Guyon a été étonné de la minime quantité de sang perdue par les malades.

M. Guyon n'hésite pas à reconnaître que le procédé que M. Esmarck a communiqué, le 18 avril dernier, au Congrès de Berlin, a sur le sien l'incontestable avantage de supprimer à la fois l'écoulement veineux et l'écoulement artériel. Mais son procédé, à son tour, l'emporte sur celui du chirurgien de Kiel, en ce qu'il est applicable facilement, et sans aucun danger, à tous les cas d'amputation, quel que soit l'état du membre. Il se propose donc de le compléter en empruntant à la méthode de M. Esmarck l'emploi du lien élastique compresseur destiné à assurer l'arrêt de la circulation artérielle.

A l'appui de ce que M. Guyon a dit de l'efficacité du moyen qu'il préconise, M. Lannelongue a déclaré que, ayant mis ce procédé en usage dans une opération de désarticulation de la hanche pour un cas d'ostéo-sarcome très-volumineux de la cuisse, il a pu terminer cette grave opération sans faire perdre au malade plus de 30 à 40 grammes de sang.

M. Chassaignac, qui, dans le cours de sa longue carrière chirurgicale, a remporté assez de lauriers pour que ceux de M. Esmarck ni d'aucun autre chirurgien puissent lui causer désormais la moindre insomnie, n'en a pas moins demandé la parole pour revendiquer l'honneur de la priorité de l'idée de l'emploi des tubes en caoutchouc pour supprimer la circulation artérielle. A l'appui de sa réclamation, il a cité un extrait des *Bulletins* de la Société de chirurgie, duquel il résulte que, dans la séance du 18 octobre 1856, M. Chassaignac a communiqué les résultats de ses recherches sur la suppression de la circulation artérielle à l'aide de tubes en caoutchouc, et qu'il a appliqué ce moyen avec succès dans plusieurs cas de sa pratique chirurgicale.

A cette réclamation de priorité, M. Demarquay a répondu que la méthode de M. Esmarck comprenait deux éléments : la suppression de la circulation artérielle et la suppression de la circulation veineuse. Seule la méthode de M. Esmarck répond à cette double condition, et, jusqu'à ce que l'on ait démontré que, avant le chirurgien de Kiel, de tels moyens avaient déjà été employés par d'autres, M. Demarquay n'hésitera pas à leur donner le nom de *méthode d'Esmarck*.

Quant aux inconvénients que l'emploi de cette méthode pourrait avoir dans certains cas et aux contre-indications dont on a parlé, là n'est pas la question, suivant M. Demarquay; car, quelle est la méthode ou le procédé qui n'a pas ses contre-indications? Il n'en est pas moins vrai que la méthode de M. Esmarck est applicable dans un grand nombre de cas; qu'elle a rendu et rendra à la chirurgie les plus grands services, et qu'elle constitue un très-réel progrès pour la médecine opératoire et la thérapeutique chirurgicale.

Cela dit en l'honneur de la méthode, M. Demarquay pense néanmoins qu'il pourrait y avoir du danger à l'appliquer sur deux membres à la fois, comme l'auteur l'a proposé et exécuté; le système circulatoire n'a qu'une capacité déterminée, et l'on peut supposer, non sans raison, que le refoulement dans le torrent circulatoire de toute la masse du sang contenu dans le système vasculaire des deux membres inférieurs, par exemple, ne serait pas sans occasionner de sérieux accidents.

— M. le docteur Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de Paris, a lu une observation relative à un cas de luxation scapulo-humérale intra-coracoïdienne; nous reviendrons sur ce travail à l'occasion du rapport de la commission nommée pour l'examiner.

— M. Trélat a mis sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique constituée par une tumeur érectile dont il a pratiqué, ce matin même, l'ablation à l'aide de l'anse galvano-caustique. Cette présentation n'a pas d'autre but que de montrer ce qu'est la surface de section des tissus après l'application de l'anse galvano-caustique. M. Trélat en a décrit les caractères dans la communication qu'il a faite dans l'une des dernières séances; il est bien aise de l'occasion qui se présente d'en offrir la démonstration *de visu*.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 octobre 1873. — Présidence de M. BERNUTZ.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Note sur l'*épidémie cholérique*, par M. Ernest Besnier. Observations sur ce sujet : MM. Moutard-Martin, Fernet, Chauffard, Bourdon. — Rapport trimestriel sur les *maladies régnantes*, par M. Ernest Besnier. — Note sur la *communication des noyaux d'origine des troisième et quatrième paires des nerfs crâniens*, par M. Féréol. — Suite de la discussion sur les *injections veineuses dans le choléra* : M. Potain.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. CHAUFFARD présente un ouvrage de M. le docteur Buez, intitulé : *Une mission au Hedjaz* (Arabie), *contributions à l'histoire du choléra*, etc. Paris, 1873.

Le docteur Buez adresse une lettre au président de la Société pour solliciter le titre de membre correspondant, et il envoie à l'appui de sa candidature l'ouvrage précédent, qui a déjà paru en feuilletons dans la *Gazette hebdomadaire*.

M. Ernest BESNIER fait observer que la demande du titre de membre correspondant doit être accompagnée de l'envoie d'un travail inédit. Cette condition devra être indiquée au docteur Buez.

M. CHAUFFARD présente en même temps les deux ouvrages suivants du même auteur :

1° *Les eaux minérales naturelles alcalines lithinées, ferrugineuses et magnésiennes de Martigny-les-Bains, près Lamarche (Vosges)*, par le docteur Buez. Paris, 1872.

2° *Les eaux thermales sulfurées des Pyrénées; Barèges et ses eaux*, par le docteur Buez. Paris, 1869.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Le docteur P.-C.-A. Louis, sa vie, ses œuvres* (1787-1872), par M. Woillez. Paris, 1873.

2° *Étude sur le mouvement de la population et sur les affections épidémiques qui ont régné au Havre durant les années* 1871 *et* 1872, par le docteur Lecadre. Havre, 1873.

3° *Lyon médical*, n° 21, 1873.

4° *Mouvement médical*, n°s 41 et 42, 1873.

5° *Tribune médicale*, n°s 269 et 270, 1873.

6° *Progrès médical*, n° 19, 1873.

7° *Bulletin médical de l'Aisne* pour l'année 1872.

8° *Revue médicale de Toulouse*, n° 10, octobre 1873.

9° *Archives de médecine navale*, n° 4, 1873.

—

M. Ernest Besnier lit une sixième note sur la marche de l'épidémie actuelle de choléra. (Voy. Union Méd. des 28 et 30 octobre 1873.)

A l'occasion de cette note, M. Moutard-Martin signale un fait qui s'est passé récemment dans son service, à l'hôpital Beaujon. Un malade, entré à l'hôpital pour une maladie de Bright, ayant présenté des symptômes de choléra, dut être transféré de la salle Saint-François dans la salle spéciale consacrée aux cholériques. Le 4 octobre, il fut réintégré dans la salle Saint-François, comme guéri de la maladie épidémique; or, le 20 octobre, c'est-à-dire après plus de 15 jours, trois malades placés dans les lits immédiatement adjacents au sien présentèrent des symptômes de choléra et durent être transférés dans le service spécial. D'après cela, on peut se demander s'il n'y a pas inconvénient à faire rentrer dans les salles communes des malades qui ont été atteints de choléra.

M. Woillez a observé un fait analogue à celui de M. Moutard-Martin : il n'a eu que deux cas intérieurs dans son service ; ces deux cas se sont développés le jour de l'entrée d'un convalescent de choléra.

M. Fernet demande quelle est la conduite à tenir dans les cas indiqués par M. Moutard-Martin. Que doit-on faire des malades qui ont présenté, dans le cours d'une maladie longue, des symptômes de choléra? Une fois le choléra guéri, ne doit-on pas les faire rentrer dans les salles communes, pour y être traités de la maladie qui les avait fait admettre à l'hôpital? Il n'y a pas d'autre parti possible, car ces malades ne peuvent être ni gardés indéfiniment dans le service des cholériques, ni renvoyés chez eux, et l'Administration refuse de les recevoir dans les asiles de convalescence.

M. Moutard-Martin répond que l'Administration a raison de ne pas admettre dans ces asiles les individus qui viennent d'avoir le choléra, mais on ne devrait pas non plus les renvoyer dans les salles ordinaires.

M. Chauffard : Ne pourrait-on pas avoir, au Vésinet et à Vincennes, un pavillon spécial pour les convalescents de choléra?

M. Bourdon communique quelques faits desquels il semble résulter, dit-il, que le choléra, quand il survient par le fait d'une contagion, débute brusquement et sans être précédé de diarrhée prémonitoire.

—

M. Ernest Besnier lit le rapport trimestriel sur les *maladies régnantes*. (Voyez l'Union Médicale des 11 et 13 novembre 1873.)

M. Féréol donne lecture d'une note sur la *Communication des noyaux d'origine des troisième et sixième paires de nerfs crâniens*. (Sera publiée prochainement.)

Suite de la discussion *sur les injections intra-veineuses dans le choléra*.

M. Potain. (La communication de M. Potain sera publiée ultérieurement.)

M. Lailler fait observer qu'il faut se défier des tubes en caoutchouc qui sont employés dans l'appareil de M. Potain ; il peut se détacher de leurs parois des parcelles qui feraient corps étranger.

M. Potain répond qu'il n'a employé que des tubes dévulcanisés, déjà vieux et bien lavés.

M. Hayem demande s'il sortait encore du sang par les veines piquées, au moment de l'opération.

M. Potain : Oui, mais très-peu.

M. Hayem : C'est que j'ai reconnu que, à une période avancée du choléra, il y a une stase complète du sang dans les capillaires, et alors le sang y est très-altéré. Il serait important, avant de pratiquer des injections veineuses, de savoir si cette condition existe, car, s'il en était

ainsi, je doute que l'injection puisse être utile en remettant en circulation un sang ainsi altéré. Je reviendrai sur ce sujet dans la prochaine séance.

Le Secrétaire : Ch. FERNET.

FORMULAIRE

LINIMENT CONTRE LA HERNIE ÉTRANGLÉE. — TARTARIN.

Huile d'amandes douces	4 grammes.
Huile de croton tiglium.	2 —

Mêlez. — Avec ce liniment, on fait des frictions sur la tumeur herniaire étranglée, quand le taxis et les bains prolongés ont échoué, et quand les purgatifs pris par la bouche ou administrés en lavement n'ont pas amené d'évacuation. On peut même employer un mélange à parties égales d'huile d'amandes douces, ou de glycérine et d'huile de croton. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 25 NOVEMBRE 1712.

Charles-Michel de l'Épée naît à Versailles. Il s'est rendu immortel par ses travaux sur la surdi-mutité. On lit avec respect son ouvrage : *Institution des sourds-muets par la voie des signes méthodiques*, livre imprimé en 1776, et dont on possède une seconde édition sous ce titre : *La véritable manière d'instruire les sourds-muets, confirmée par une longue expérience* (1784). — A. Ch.

COURRIER

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira le vendredi 28 novembre 1873. — *Ordre du jour* : 1° Note sur l'état actuel de l'épidémie cholérique, par M. Ernest Besnier. — 2° De l'allaitement artificiel des enfants dans les hôpitaux, par M. Blachez. — 3° Observation de transfusion, par M. Brouardel.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Louis Molas, chevalier de l'ordre d'Isabelle, président de la Société locale des médecins du Gers, vient de mourir à Auch, le 14 novembre 1873, à l'âge de 82 ans.

— Le choléra a fait en Hongrie, cette année, des ravages effrayants. D'après des relevés officiels, il y a eu, dans le courant de cette année, 433,295 cas de choléra; sur ce chiffre, 247,718 personnes ont guéri, 182,549 sont mortes, et 2,978 sont restées en traitement. La Croatie, l'Esclavonie, les anciens confins militaires ne sont pas compris dans ces relevés, ni les victimes que l'épidémie a emportées lorsqu'elle éclata à la fin de 1872 à Bude et dans la haute Hongrie. On peut donc dire que dans toute la Hongie le choléra a enlevé au moins 200,000 personnes. La population des pays de la couronne de Saint-Étienne s'élevant à 16 millions, il en résulte qu'un habitant sur 30 a succombé au terrible fléau. (*Havas.*)

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 21 novembre on a constaté 824 décès, savoir :

Variole, 0 décès; — rougeole, 11; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 22; — érysipèle, 4; — bronchite aiguë, 32; — pneumonie, 50; — dysenterie, 5; — diarrhée cholériforme des enfants, 0; — choléra infantile, 0; — choléra, 4; — angine couenneuse, 7; — croup, 17; — affections puerpérales, 3; — affections aiguës, 245; — affections chroniques, 356 (dont 157 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 53; — causes accidentelles, 13.

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 3 au 9 novembre : 1,636. Variole, 0; rougeole, 107; scarlatine, 32; fièvre typhoïde 40; érysipèle, 12; bronchite, 295; pneumonie, 152; dysenterie, 1; diarrhée, 13; choléra nostras, 0; diphthérie, 4; croup, 26; coqueluche, 35.

ROME. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 9 au 15 novembre : 141. Variole, 0; rougeole, 0; fièvre typhoïde, 4; érysipèle, 2; bronchite, 3; pneumonie, 11; diphthérie et croup, 5; choléra, 12.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le choléra a continué par un discours de M. Barth, discours que l'honorable académicien ne pourra terminer que dans une séance ultérieure. A vrai dire, ce discours, — comme d'ailleurs quelques autres prononcés à l'Académie, — ne peut être guère considéré comme une discussion; c'est plutôt une exposition didactique faite *ex cathedrâ* sur la plupart des questions relatives au choléra. M. Barth est bien loin d'être le seul dont les discours suscitent cette réflexion. On disserte beaucoup à l'Académie, mais on y discute peu. On y fait souvent des leçons, mais rarement y fait-on des démonstrations. Cette remarque a fréquemment été faite à l'occasion des disquisitions académiques. Les professeurs ont été toujours en nombre à l'Académie, mais les véritables orateurs académiques toujours y ont été rares. L'Académie a, sur ce point, de beaux souvenirs et de belles traditions. Castel, Rochoux, Malgaigne, Velpeau, étaient de vrais disputeurs. Dans le temps présent, ce titre, on ne peut guère le donner qu'à un seul membre de l'Académie, M. J. Guérin, toujours prêt à attaquer, et surtout à se défendre.

L'honorable M. Barth ne paraît pas avoir l'organe de la combativité assez développé pour faire un de ces discours provocateurs et *amasseurs de tempêtes*. Il l'a qualifié lui-même de *conférence*, et c'est le terme qui lui convient, tout en faisant cette réserve : l'Académie est-elle un théâtre bien choisi pour une conférence?

Il ne nous est guère possible d'analyser cette conférence, dans laquelle M. Barth a dû se se résigner à redire ce qui a été souvent dit et redit. Le plan qu'il a adopté l'a contraint à ces répétitions. En effet, M. Barth s'est proposé d'exposer, en premier lieu, les points de la question du choléra sur lesquels on est généralement d'accord; en second lieu, les points sur lesquels il y a dissentiment; troisièmement, enfin, les points qui sont ignorés.

M. Barth a parcouru les deux premières étapes de sa conférence, réservant la dernière et les détails qu'il n'a pas pu développer pour la prochaine séance.

L'étendue de ce discours, et le comité secret qui devait terminer la séance, n'ont pas permis à l'Académie de se montrer hospitalière pour M. le docteur Warlomont, venu tout exprès de Bruxelles pour faire une communication.

Le comité secret a été consacré à la lecture du rapport de M. Charcot sur les candidats dans la section d'anatomie pathologique.

FEUILLETON

A TRAVERS LA SUISSE

A Monsieur le docteur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Très-cher et honoré confrère,

Il est merveilleux de voir avec quelle facilité l'on se déplace aujourd'hui. En quelques heures, la locomotive de la voie ferrée ou l'hélice du bateau à vapeur nous transportent, frais et dispos, à des distances qu'on ne parcourait autrefois qu'au prix de longues journées de fatigue. Bientôt, peut-être, nous traverserons les airs, emportés sur les ailes du vent, par des ballons que de savants aéronautes auront appris à diriger. En attendant, désirant, à votre exemple, m'éloigner de mon clocher, je me rendis à la gare de Lyon, et le lendemain j'avais franchi la frontière. La première personne que je rencontrai en Suisse, fut un grave professeur de la Faculté de médecine de Paris, qui errait sur les bords du lac de Neuchatel, trop heureux sans doute de se délasser un moment des fatigues d'une riche clientèle, et des laborieuses visites d'une clinique hospitalière. Quoi de plus propre, en effet, à faire oublier les mesquines préoccupations de la vie, que de contempler les sublimes tableaux de la nature, en admirant la toute-puissance qui les a créés?

Mais laissons là les réflexions philosophiques, et rendons-nous à Berne, une des villes les plus importantes de la Suisse, et des plus curieuses à visiter. Avec ses arcades, ses fontaines surmontées de personnages grotesques, ses courants d'eaux vives qui arrosent les principales rues, Berne a conservé un cachet moyen âge, que beaucoup d'autres villes lui envient. Les

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

NOTE SUR LA COMMUNICATION ANATOMIQUE EXISTANT ENTRE LES NOYAUX D'ORIGINE DE LA TROISIÈME ET DE LA SIXIÈME PAIRES;

Lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 24 octobre 1873,

Par le docteur FÉRÉOL, médecin de la Maison municipale de santé.

Dans la séance du 28 mars dernier, j'ai présenté à la Société une observation de tumeur tuberculeuse de la protubérance annulaire, qui avait donné lieu pendant la vie à une paralysie alterne d'une physionomie toute spéciale; il y avait, en effet, chez le malade, une hémiplégie incomplète du côté droit du corps, et une paralysie du muscle droit externe de l'œil gauche, sans participation de la septième paire gauche à cette paralysie; ce qu'il y avait de plus remarquable encore dans ce cas curieux, c'est que la paralysie du muscle droit externe de l'œil gauche était accompagnée d'une paralysie du muscle droit interne de l'œil droit, en sorte que les muscles synergiques des deux yeux restaient associés dans leur inaction, comme ils le sont à l'état normal dans l'action; et enfin, ce qui n'était pas moins digne d'intérêt, c'est que la paralysie, ou plutôt l'inaction du muscle droit interne de l'œil droit, ne se manifestait que dans la vision binoculaire à distance; en sorte que, si l'on couvrait l'œil gauche, le muscle droit interne de l'œil droit reprenait sa fonction qu'il avait perdue dans la vision binoculaire à distance; et, de même, si l'on commandait au malade de contracter ses deux muscles droits internes en même temps, de manière à regarder le bout de son nez, ce mouvement des deux muscles droits internes combinés s'effectuait bien.

Il était donc évident que la paralysie du muscle droit interne de l'œil droit était liée intimement à la paralysie du muscle droit externe de l'œil gauche; et j'en inférais, conformément à une vue ingénieuse déjà émise par M. Ach. Foville, que le muscle droit interne de chaque œil puise à une double source l'innervation qui le met en mouvement à l'état normal; que cette source est celle qui agit sur le muscle droit externe de l'œil opposé, quand la vision est double et à distance, c'est-à-dire la sixième paire; que c'est, au contraire, la troisième paire lorsqu'il s'agit de la vision simple ou de la vision convergente. Et comme dernière conclusion, je supposais qu'il doit y avoir à l'état normal une communication entre le noyau d'origine du

---

Bernoises ont eu aussi le bon esprit de garder leur costume original et pittoresque, et d'échapper ainsi aux tyrannies de la mode, dont le goût est souvent fort équivoque.

Le musée d'histoire naturelle mérite d'être visité avec attention. Dans la galerie des mammifères, les ours sont très-nombreux : il y en a de toutes les tailles et de tous les âges, et il n'y a pas lieu de s'en étonner, puisque l'ours figure dans les armes de la ville. Dans la galerie des minéraux, j'ai remarqué de grandes géodes, renfermant des cristaux d'améthyste, et, dans une vitrine à part, des cristaux de quartz qui provoqueraient l'admiration d'un minéralogiste. Ce sont des prismes hexaèdres, surmontés de pyramides à six faces, qui n'ont pas moins de 40 à 45 centimètres de long, sur 20 à 25 centimètres de diamètre, et qui proviennent d'un glacier voisin. Je ne crois pas que les collections de Paris en possèdent d'aussi volumineux. Je n'ai rien trouvé de semblable, par exemple, dans le musée de Lausanne. J'y ai vu, en revanche, une riche collection d'oiseaux, de coquillages et de poteries anciennes. — De la terrasse de Berne, élevée de 35 mètres au-dessus de l'Aare, et sur laquelle se dresse la statue du fondateur de la ville, on jouit d'un immense panorama sur la chaîne des Alpes et sur leurs glaciers; mais on ne peut lire, sans un profond étonnement mêlé d'incrédulité, la plaque commémorative, qui rappelle qu'en 1654, un étudiant emporté par son cheval, tomba du haut de cette plate-forme sans se faire aucun mal. Que penseront les chirurgiens, de clients maladroits qu se brisent les os en glissant de leur fauteuil ?

Berne est, comme vous le savez, la patrie des bottes à musique : on y fabrique des encriers, des tabatières, des fauteuils et des lits à musique. Mais ce concert perpétuel ne laisse pas que de fatiguer. On éprouve bientôt le besoin de s'y soustraire, pour aller respirer l'air pur des montagnes à Interlaken, et voir les rayons du soleil couchant caresser la Jungfrau. Il est des touristes intrépides, qui veulent à tout prix escalader ce glacier, dans l'espoir d'assister à un

nerf de la sixième paire, d'un côté, et le noyau d'origine de la troisième paire, de l'autre côté.

Mon observation et les réflexions dont je l'accompagnais ont eu les honneurs de la reproduction dans un journal anglais, le *Medical Record* du 10 septembre dernier; et elles ont été accompagnées d'une note très-importante de M. le docteur Lockhart Clarke, note dont voici la traduction exacte telle que l'a revue mon ami, le docteur Ball :

« Dans mes recherches sur la structure intime du cerveau, seconde série (*Philosophical transactions*, 1868, pp. 306-7, fig. B and C), M. Féréol aurait pu trouver précisément le renseignement nécessaire pour expliquer le point en question. Dans ce travail, j'ai établi que les noyaux d'origine des parties sensitives de la cinquième, de la septième et de la sixième paires, sont unis par un système de fibres commissurales avec le noyau d'origine de la troisième paire. C'est ce qui est bien établi « par le passage suivant : « Un certain nombre de fibres sortant de la base du tuber- « cule gris (principal noyau d'origine du trijumeau) montent et s'incurvent de « dehors en dedans, en se dirigeant vers le noyau de la troisième paire. Immédia- « tement en dehors de celles-ci, et se dirigeant vers le même point, se trouvent les « fibres blanches qui ont passé à travers et sous le noyau du facial et de la sixième « paire. »

Ainsi, d'après l'illustre anatomiste anglais, la communication que je supposais existe et a été décrite par lui; seulement, au lieu d'être établie, comme je le demandais, entre le noyau de la troisième paire d'un côté, et le noyau de la sixième paire du côté opposé, elle existe entre les deux noyaux du même côté. Peu importe après tout; et cette disposition anatomique, plus simple, conduit au même résultat, à la condition qu'il y ait sur le raphé médian de la protubérance un entrecroisement partiel entre les fibres des deux moteurs oculaires communs. Or, cet entrecroisement est admis aujourd'hui généralement pour tous les nerfs crâniens; le seul qui fasse exception à cette règle, d'après Stilling et Schrœder van der Kolch, est le nerf de la sixième paire; mais, pour le nerf de la troisième paire, l'entrecroisement est admis. Je dirai même, pour ceux qui en douteraient encore, que la constatation d'un faisceau faisant communiquer entre eux les noyaux d'origine de la troisième et de la sixième paires du même côté, devient un argument en faveur de l'entrecroisement de la troisième paire.

Quoi qu'il en soit, cherchons maintenant à nous rendre compte de ce faisceau

---

spectacle, qu'il n'est pas donné au vulgaire de contempler. Le plus souvent, hélas ! ils ne recueillent de leurs efforts que fatigue et déception, et ils reconnaissent trop tard la vérité de cette pensée de Pascal : « Nos sens n'aperçoivent rien d'extrême. Trop de bruit nous assourdit, « trop de lumière nous éblouit; trop de distance et trop de proximité empêchent la vue. » Du reste, en se contentant d'une courte excursion sur un monticule voisin, on jouit d'une vue magnifique sur les glaciers, sur les lacs de Thun et de Brienz et sur les montagnes immenses, dont les cimes se mirent dans leurs eaux transparentes.

Vevey ! Ce nom seul est tout un poëme, puisqu'il rappelle l'œuvre immortelle de Rousseau, et on ne peut entrer dans cette petite ville, sans repasser dans sa mémoire les principales figures de ce drame émouvant qui, à la faveur d'un style magique, étale pourtant de bien perfides doctrines. Vevey, coquettement assise sur les bords du lac de Genève, jouit d'un climat doux, et bon nombre d'étrangers à poitrine délicate, viennent y passer les mois d'octobre et de novembre, avant d'aller prendre leurs quartiers d'hiver en Italie ou dans le midi de la France. Pendant mon séjour à Vevey, je suis monté en voiture au Rigi vaudois, et j'ai vu, chemin faisant, les fameux *bosquets* où Saint-Preux reçut le premier baiser de Julie d'Étange. En arrivant au chalet du Rigi, élevé de 1,100 pieds au-dessus du lac, quelle n'est pas la surprise du voyageur, de trouver des fontaines jaillissantes, des pelouses du plus beau vert, des corbeilles de roses, au milieu de parterres ornés de plantes rares, et tout le charme, en un mot, d'une luxuriante végétation ! Ce chalet est une pension, et j'aperçus plusieurs de ses hôtes, qui semblaient marqués du sceau fatal de la tuberculisation pulmonaire, et qui étaient venus demander à ce site délicieux, à cet air pur et embaumé, la réparation de leur santé chancelante. En descendant, on passe devant le château de Chillon, qui baigne ses pieds dans le lac de Genève, et qui fournit à Byron le sujet d'un de ses poëmes. Je ne quitterai point Vevey, sans vous conduire

qui fait communiquer entre eux les noyaux des deux principaux nerfs oculaires du même côté, à travers toute la hauteur de la protubérance. Je sais que je n'ai point de compétence pour discuter l'opinion d'un homme aussi considérable que M. Lockhart Clarke quand il s'agit de la structure de la protubérance. J'ai donc dû, pour me diriger dans ce labyrinthe inextricable de fils qui s'entrecroisent et se traversent en tous sens, avoir recours à plus éclairé que moi. M. Duchenne (de Boulogne) a bien voulu me servir de guide, et je ne saurais trop le remercier de l'extrême complaisance qu'il a mise à me faire profiter de son expérience, et des matériaux qu'il accumule depuis dix ans sur cette difficile question; c'est grâce à son aide que je puis aborder cette discussion délicate.

Un point d'abord appelle l'attention; M. Lockart Clarke, comme Stilling, et comme beaucoup d'anatomistes des plus autorisés, du reste, donne au facial et à la sixième paire un noyau commun d'origine. C'est là une erreur, je ne crains pas de le dire. En réalité, il existe un noyau d'origine distinct pour chacune des deux paires. Il est vrai que ces deux noyaux sont tellement voisins l'un de l'autre qu'il est facile de les confondre; et il est plus que probable qu'ils doivent avoir des connexions; mais ils sont distincts; et l'observation clinique que j'ai apportée dans le débat est capitale, parce qu'elle l'établit formellement. En effet, on voit dans ce cas un tubercule se développer dans l'épaisseur de la protubérance, au niveau du noyau d'origine de la sixième paire, sans que les fonctions du facial aient été sérieusement compromises; la paralysie s'est bornée à la sixième paire. Il est arrivé là ce qui arrive souvent en pathologie. La maladie s'est chargée de prouver ce que le scalpel, aidé du microscope et de tous les moyens modernes d'investigation, laissait indécis; et les doutes théoriques soulevés sur l'autonomie du noyau de la sixième paire sont mis à néant par cette importante autopsie.

Ceci dit sur la constitution du noyau de la sixième paire, tâchons de nous faire une idée exacte du faisceau qui établit la communication entre ce noyau et celui de la troisième paire. Suivant M. Lockhart Clarke, on le voit immédiatement en dehors des fibres grises qui, partant du tubercule gris de Rolando, remontent parallèlement au raphé jusqu'au noyau de la troisième paire. Ici une figure bien faite serait indispensable; par malheur, celles que l'on trouve dans le *Philosophical transactions*, et auxquelles nous renvoie M. Lockhart Clarke, sont des schémas, assez grossièrement dessinés, et tout à fait insuffisants pour entraîner la conviction. Il y a bien un atlas gravé joint à l'ouvrage; et dans cet atlas une figure qui se rapporte au

---

dans le laboratoire d'un chimiste distingué, M. Nestlé. C'est qu'en effet, il sort de ce laboratoire, un produit que tous les médecins ont intérêt à connaître. — Quand une femme veut remplir ses devoirs de mère, en allaitant son enfant, et qu'elle n'a plus, au bout de quelques semaines, qu'une quantité insuffisante de lait; ou bien encore quand l'enfant, déjà grand, ne se contente plus du lait de sa nourrice, et qu'il faut y ajouter un autre aliment, un des meilleurs et des plus facilement assimilables, sans contredit, est la farine lactée de Nestlé, fabriquée avec d'excellent lait, du sucre et de la fleur de farine. J'ai assisté aux principales manipulations; j'ai vu avec quel soin minutieux elles étaient conduites, et je ne suis plus surpris des succès qu'on obtient avec cet aliment, dans des cas où des enfants épuisés ne supportent plus aucune nourriture. En Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en Amérique, la farine lactée jouit d'une grande vogue, et je ne doute pas qu'en France elle ne soit accueillie avec une faveur de plus en plus marquée, quand elle sera mieux connue des médecins.

De Vevey à Genève, par le bateau à vapeur, la promenade est délicieuse. On salue, à gauche, la ville d'Évian, couchée au pied des montagnes de la Savoie, et qui est un séjour fort agréable pour les baigneurs. Un peu plus loin, on aperçoit le Mont-Blanc, majestueusement enveloppé dans son manteau de neige, et qui domine toute la chaîne des Alpes. Étant assis, le dimanche, à Genève, dans l'élégant jardin anglais qui borde le lac, je fus surpris de l'énorme quantité de petites voitures remplies d'enfants, qui défilaient sous mes yeux. En résulte-t-il quelques inconvénients pour la jeune génération génevoise? C'est ce que les médecins du pays pourront vous apprendre, s'ils s'intéressent, comme je le pense, à la solution du problème que vous avez posé. Je sais aussi qu'il existe, à l'Exposition de Vienne, une vitrine consacrée à montrer aux visiteurs, de quelle manière les femmes portent leurs enfants dans les cinq parties du monde. L'un est à cheval sur le cou de sa mère, l'autre se tient debout derrière son dos comme un

même sujet; mais, bien que plus nette, cette figure est encore schématique, et n'ajoute rien, par conséquent, à l'autorité de la parole de M. le docteur Clarke.

En revanche, nous trouvons dans le magnifique atlas de Stilling, publié en 1846, de fort belles planches dessinées fidèlement d'après nature, dont quelques-unes contiennent des coupes longitudinales de la protubérance et du bulbe, qui paraissent faites pour éclaircir le point en question. Or, dans les fig. 3, 4 et 5 de la planche XII, et dans la grande figure de la planche XIII, on distingue tout de suite un faisceau blanc, qui saute aux yeux pour ainsi dire, et qui semble un pont jeté entre les noyaux des deux principaux nerfs oculaires. Ce ruban, qui traverse la protubérance dans toute sa hauteur, en arrière, à peu de distance du plancher du quatrième ventricule, semble partir du noyau de la sixième paire; en ce point, ses premières fibres sont croisées à angle droit par les fibres d'origine du moteur oculaire externe, qui traversent l'épaisseur de la protubérance pour gagner leur point d'émergence; un peu étroit à son point de départ, ce ruban va s'élargissant, à mesure qu'il s'élève parallèlement au raphé médian; et il aboutit directement au devant du noyau de l'oculo-moteur commun, où quelques-unes de ses fibres semblent se perdre en se recourbant en arrière.

Ce faisceau est-il bien celui que Lockhart Clarke a en vue dans sa description? Je ne saurais l'affirmer positivement. En tous cas, ses tenants et aboutissants, son individualité, sont manifestes et paraissent en rapport avec les fonctions que je lui suppose ici; et la description de notre éminent confrère d'outre-Manche paraît lui convenir.

D'un autre côté, Stilling a-t-il donné à ce faisceau l'interprétation que je lui propose? Il est très-difficile de le dire. Il y a, en effet, dans le bel atlas de Stilling une lacune typographique que je ne m'explique pas; précisément les planches XII, XIII et XIV, qui nous intéressent ici, ne portent ni lettres, ni chiffres, ni renvois d'aucune sorte correspondant aux indications de la légende. Il en est ainsi, du moins, dans l'exemplaire que j'ai sous les yeux, et qui est celui de la bibliothèque de la Faculté. On conçoit combien les recherches deviennent laborieuses et incertaines avec une pareille omission. Cependant j'ai lu avec grand soin les textes des légendes; j'ai parcouru de même avec attention dans le corps de l'ouvrage, écrit en latin, les passages afférents à ces planches; je ne sais si j'ai fait erreur ou omission; mais, nulle part, je n'ai rien trouvé qui se rapportât à une communication existant entre les noyaux des nerfs oculaires; et, au contraire, il me paraît certain que Stilling a

---

laquais, etc. Outre le côté curieux de ces attitudes bizarres, vous trouveriez assurément, dans cette exhibition, la matière d'une sérieuse étude.

Mais laissons là Genève, avec ses beaux quais et les hôtels princiers qui les bordent, et rendons-nous, si vous le voulez, dans une ville d'apparence beaucoup plus modeste, à Fribourg, où nous attendent pourtant d'agréables surprises. Voici d'abord, près de la statue en bronze du père Grégoire Girard, un arbre qui, par sa longévité, a droit au respect du voyageur, et qui mérite d'attirer tout particulièrement l'attention du naturaliste. C'est un tilleul, qui a dû être très-élevé, mais dont la cime a été brisée par le vent ou détruite par l'effort du temps. En effet, il fut planté, dit la légende, le 22 juin 1476. — Quand Charles-le-Téméraire, pour se venger de la défaite de Granson, eut la funeste idée de mettre le siége devant Morat, Fribourg envoya ses enfants au secours de la ville assiégée, et ils partirent pleins d'enthousiasme, après avoir orné leurs chapeaux d'une branche de tilleul. Leur fougue impétueuse contribua puissamment au succès de l'armée helvétique, et l'un d'eux s'échappa du champ de bataille, pour venir annoncer l'heureuse nouvelle à ses concitoyens. Sa course fut si précipitée, que, arrivé sur la place publique, comme le soldat de Marathon, il s'affaissa épuisé, en prononçant mot : Victoire! La branche de tilleul qui ombrageait son chapeau fut religieusement plantée et c'est elle qui donna naissance au colosse végétal qui, depuis quatre siècles, orne la place de l'Hôtel-de-Ville. Les botanistes contesteront sans doute cette origine; mais ils ne pourront refuser à cet arbre une imposante vieillesse, attestée suffisamment par ses proportions gigantesques. Je profite de l'occasion, pour leur signaler un autre géant de la végétation. C'est un peuplier noir, qui se trouve dans le jardin de botanique de Dijon, et qui compte 15 mètres de circonférence à la base, sur 38 mètres de hauteur. On estime qu'il est âgé de 400 à 450 ans; et il est tellement vigoureux, que tout porte à croire qu'il vivra encore de longues années.

considéré le faisceau blanc qui nous occupe comme la continuation pure et simple des faisceaux longitudinaux primitifs des cordons antérieurs.

D'un autre côté, Schrœder van der Kolch a, comme on sait, repris et critiqué les travaux de Stilling dans son ouvrage sur la structure et les fonctions de la moelle à propos de l'épilepsie. Or, voici ce qu'on lit dans ce livre aujourd'hui cité par tous (1).

« Le nerf *abducens* (sixième paire) a une connexion très-intime avec l'oculo-moteur; car la branche interne de l'oculo-moteur agit toujours simultanément avec l'abducens de l'œil opposé... La synergie physiologique de l'abducens et de l'oculo-moteur fait connaître distinctement qu'il *doit y avoir* une connexion constante entre les deux nerfs. L'abducens ne peut pas faire agir le droit externe de son côté, sans que le droit interne du côté opposé ne soit contracté en même temps par l'action de l'oculo-moteur; *ce qui fait supposer* que l'abducens s'infléchit en haut et contracte des connexions avec le noyau de l'oculo-moteur qui est situé plus haut. »

Ce langage est tellement analogue à celui que je tenais moi-même dans les réflexions qui suivent mon observation, qu'on pourrait croire que je suis allé chercher mon inspiration en Allemagne. Je dois avouer qu'il n'en est rien, et que je ne connaissais pas le passage de Schrœder van der Kolch que m'a communiqué M. Duchenne (de Boulogne). Mais le plus important est de remarquer que ce passage n'est, comme toute la partie anatomique de l'ouvrage, qu'un commentaire critique du grand ouvrage de Stilling. Il y a donc là une raison de plus de croire que, pour Stilling comme pour son commentateur, la démonstration anatomique de la connexion supposée entre les deux noyaux est encore à faire. Maintenant, au fond, que faut-il en penser? Est-ce à tort que j'attribue au faisceau blanc figuré dans l'atlas de Stilling les fonctions que ses insertions, ses rapports, sa direction, son individualité, semblent lui assigner? Ce n'est pas à moi qu'il appartient de trancher la question, et je ne puis que faire appel à des anatomistes plus compétents pour les engager à fixer définitivement la science sur un point de détail qui, sans l'exagérer, a son importance.

Si je ne m'étais pas trompé dans mes déductions, voici la conclusion qu'il conviendrait, je pense, d'en tirer au point de vue de l'historique de la découverte :

(1) *Bau und functionen der medulla spinalis und oblongata.* etc. Braunsweig, 1859, pages 121 et 122.

En examinant les ponts suspendus de Fribourg, qui étonnent par leur légèreté, je fus agréablement surpris d'apprendre, que le plus important est l'œuvre d'un Français, M. Chaley. Quand on parcourt ce pont, qui ne mesure pas moins de 265 mètres de longueur, et que, à une profondeur de 50 mètres, on voit couler sous ses pieds une petite rivière encadrée de verdure et d'arbres, on reste confondu devant la hardiesse de l'ingénieur, qui a conçu le premier l'idée de relier par un pont suspendu, les deux côtés de la vallée de la Sarine, et qui a si bien réussi à accomplir ce chef-d'œuvre. J'aurais voulu voir son nom gravé en lettres d'or à l'entrée du pont; mais on ne pense pas à tout, même dans la patrie de Guillaume Tell, et je n'ai pu y lire qu'une longue ordonnance de police, concernant le passage des voitures et des piétons. Je vous fais grâce de la description du panorama splendide, que l'œil embrasse du haut des ponts suspendus; et, comme je sais que vous aimez passionnément la musique religieuse, je vais essayer de vous donner une idée des grandes orgues fribourgeoises, qui sont connues dans toute l'Europe. Elles sont l'œuvre de Moser, et sont composées de plus de sept mille tuyaux, dont quelques-uns mesurent jusqu'à dix mètres de hauteur.

Il est huit heures du soir : la vieille basilique est éclairée seulement par quelques lampes, qui répandent autour d'elles une lumière incertaine. Pénétrez avec moi dans le temple, et prenons place parmi les fidèles qui, dans l'attitude d'un pieux recueillement, se préparent à jouir du concert qui va leur être offert. Une sonnette au son argentin s'agite discrètement; c'est le signal. L'artiste entre en matière, en développant toute la puissance de son immense instrument. Les vitres tremblent; les colonnes de l'édifice chancellent sur leur base; les voûtes elles-mêmes paraissent s'ébranler, sous le choc des ondes sonores d'une incomparable énergie. Mais bientôt tout ce fracas s'apaise, et on n'entend plus qu'une mélodie imposante et grave, qui emporte l'âme dans un autre monde, et qu'un complaisant écho répète en l'adoucissant

La communication existant entre les deux noyaux d'origine de la troisième et de la sixième paires aurait été vue pour la première fois par Stilling, qui l'aurait fait dessiner sous ses yeux sans lui donner son interprétation véritable.

Schrœder van der Kolch aurait deviné en quelque sorte, d'après le raisonnement physiologique, la disposition anatomique qu'il a dû voir dans les planches de Stilling sans la reconnaître.

Et c'est Lockhart Clarke qui, profitant des jalons posés devant lui, aurait su le premier interpréter et affirmer ce que ses prédécesseurs n'avaient fait que pressentir.

Bien entendu, en matière si délicate, je ne donne mon appréciation que sous toutes réserves.

BIBLIOTHÈQUE

BIBLIOGRAPHIE DES SCIENCES MÉDICALES, par Alphonse Pauly. Deuxième fascicule. Paris, Tross, 1873; grand in-8°.

Dans ce journal même (Union Médicale, 1872, n° 20), nous avons présenté aux médecins, aux savants, aux bibliophiles et aux travailleurs, le premier fascicule de cette importante publication, et nous n'avons fait que rendre justice à M. Alphonse Pauly en le remerciant du fond du cœur pour son livre, qui devra être accueilli par la profession avec toute la faveur qu'il mérite. Aujourd'hui, c'est le second fascicule que nous annonçons, et qui sera bientôt suivi d'un troisième et dernier. Les hommages que notre rédacteur en chef à rendus, en sa qualité de membre de l'Académie de médecine, à cette publication, lorsqu'il l'a présentée à la savante Compagnie, ne sont que justes. On ne se figure peut-être pas assez tout ce qu'il y a de difficile, d'ingrat et de fatigant à remuer tant et tant de volumes; à les classer, à mettre de l'ordre dans ces bataillons indisciplinés, et à en faire une armée régulière et obéissante. Il fallait, pour cela, un véritable amant des livres, et assez bien placé pour avoir sous la main tous ces innombrables soldats. Il fallait aussi un éditeur intelligent et dévoué aux intérêts de la bibliographie, qui ne reculât devant aucune dépense pour mener l'œuvre à bien. Nous, médecins, nous, travailleurs et chercheurs, confondons notre reconnaissance sur MM. Tross et Pauly, qui ont mis entre nos mains un guide sûr pour nous diriger dans l'immense labyrinthe qu'on appelle la bibliographie médicale.

Le premier fascicule comprenait la bibliographie, la biographie, l'histoire générale des sciences médicales, l'histoire de la médecine et de l'organisation médicale par époques, par nations, l'histoire professionnelle.

---

encore. Trompette, cor, flûte, hautbois, violoncelle, modulent tour à tour d'harmonieux accords, que l'écho redit à l'oreille enchantée.

Mais quel est ce bruit étrange? C'est un vent impétueux qui mugit dans la forêt et qui annonce la tempête. Déjà on entend dans le lointain, le tonnerre qui roule sourdement. Le bruit se rapproche et devient plus intense; la grêle frappe les vitres et les brise en éclats; la foudre gronde avec fureur, et, en face de cette effroyable tempête qui va tout engloutir, le spectateur épouvanté se sent frissonner malgré lui. — Attention! Au milieu de ce sinistre cliquetis des éléments déchaînés, on distingue un concert de voix angéliques, qui montent timidement vers le ciel. Le bruit du tonnerre les couvre; elles redoublent d'efforts pour dominer l'orage. Que leurs accents sont doux et pénétrants! Que la prière qu'elles exhalent est ardente et suave! La colère divine s'est laissé fléchir; car bientôt les coups de la foudre sont moins déchirants, le vent s'apaise, la tempête se calme, et le spectateur ravi n'entend plus que les harpes de David, dont les sublimes accords célèbrent la clémence de Dieu, et chantent sa gloire éternelle. — N. G.

Faculté de médecine de Montpellier. — La Faculté vient de présenter pour la chaire de médecine légale : en premier rang, M. Estor, agrégé; en deuxième rang, M. Castan, agrégé.

École de médecine de Lyon. — A la suite d'un concours, où les candinats ont montré les connaissances les plus étendues, MM. Ailland et Bermond, classés *ex æquo*, ont été nommés prosecteurs pour deux ans.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le prix Delord (440 francs) vient d'être décerné à M. Piéchaud, premier interne sortant.

Le second fascicule envisage les Écoles, les Sociétés, les contestations, les doctrines, la littérature et la philosophie, l'anatomie et la physiologie, l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique, tant au point de vue médical qu'au point de vue chirurgical.

Enfin, le troisième fascicule donnera l'accouchement et la gynécologie, la matière médicale et la pharmacie, la médecine militaire, l'hydrologie médicale, la médecine astrologique, magique et hermétique, l'homœopathie, la médecine légale et la toxicologie, la médecine vétérinaire, les hôpitaux, les épidémies, la topographie médicale, les endémies.

Après cela, M. Pauly pourra se reposer... Il l'aura bien gagné! Il faudra bien, pourtant, qu'il fasse encore la « Table des auteurs », et l'on peut être assuré qu'il accomplira ce lourd travail de manière à satisfaire aux exigences les plus tyranniques.

Rien de plus curieux que tous ces livres de médecine rangés par ordre, par matière, par époques, par nations. Les amateurs qui ont la bosse de l'ordre savourent cet arrangement intelligent, où, suivant une méthode qui rappelle les classements des êtres organisés, les vénérables bouquins se pressent les uns contre les autres, disposés en groupes, en familles, en espèces. J'en appelle aux chercheurs qui ont un point quelconque de la médecine à traiter, qui veulent le faire consciencieusement, et lire tout ce qui a été fait avant eux sur la même question... Quelle joie sera la leur lorsqu'ils sauront que, dans le livre de M. Pauly, ils pourront trouver immédiatement, et sans peine, les indications dont ils auront besoin! Voudront-ils étudier, par exemple, les doctrines qui ont régné en médecine, qu'ils ouvrent la *Bibliographie des sciences médicales*, ils trouveront immédiatement des indications précieuses, indispensables, pour l'obtention desquelles il leur faudrait autrement feuilleter une foule de bibliographies. Ils auront plus de cinquante ouvrages sur les doctrines en général; une trentaine sur l'hippocratisme; une quinzaine sur l'empirisme; une cinquantaine sur le brownisme; autant sur le broussaisisme, le rasorisme, etc., etc.

M. Pauly a multiplié ses divisions et ses subdivisions, et il a adopté la forme alphabétique toutes les fois que cela a été possible. Il a eu raison, à notre avis, car son livre devait être avant tout un livre utile, pratique, destiné exclusivement aux travailleurs. Relativement à la distribution des ouvrages concernant la pathologie et à la thérapeutique médicales et chirurgicales, il a peut-être un peu hésité entre cet ordre alphabétique et un classement de parenté des nombreuses affections qui atteignent l'humanité. Mais on doit lui savoir gré de s'être arrêté à la première méthode, qui n'a, il est vrai, rien de scientifique, mais qui est le plus sûr guide pour le travailleur. Je veux, par exemple, connaître les ouvrages qui traitent de l'aliénation mentale, immédiatement je les trouve à leur place; je les trouve eux-même subdivisés sous ces rubriques : Antiquité, moyen âge, temps modernes, Allemagne, Amérique, Autriche, Belgique, Bengale, Danemark, Égypte, Espagne, France, Grande-Bretagne, Hollande, Italie, Malte, Norvége, Orient, Pays-Bas, Portugal, Prusse, Russie, Suisse. L'ophthalmiatrie me donne cette spécialité par époques, par nations, par espèces, telles que : l'amaurose, la cataracte, les collyres, les cachets oculistiques, etc. Le mot fièvre me donnera la fièvre en général, la fièvre adynamique, angioténique, bilieuse, cérébrale, continue, épidémique, etc.

On le voit, il était impossible de concevoir rien de plus pratique. L'ouvrage de M. Pauly, lorsqu'il sera terminé, formera un beau volume de plus de seize cents colonnes, très-bien imprimé, en caractères d'une lecture facile : avantage qui n'est pas à dédaigner par les vues un peu affaiblies par les veilles et le travail. Dédié à l'*Association générale des médecins de France*, il sera dans toutes les bibliothèques parce qu'il comble une lacune, et son auteur, employé à la Bibliothèque nationale et chargé du catalogue des sciences médicales, n'a rien négligé, avec le concours et les gros sous de l'intelligent libraire Tross, pour rendre son œuvre aussi parfaite que possible. Le regretté Daremberg assistait avec bonheur à l'éclosion, aux premiers pas d'un enfant qui était un peu le sien, puisque ses riches collections avaient servi à l'allaiter, et qu'il ne cessait de l'entourer de ses précieux conseils; il avait même promis une *Introduction* qui, hélas! fera défaut. M. Pauly s'est rappelé les instructions du maître, et il a réussi à élever un véritable monument à la littérature de notre chère profession. — Dr A. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 novembre 1873. — Présidence de M. Depaul.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1872 dans les départements du Calvados et de la Haute-Loire. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Leven. (Accepté.)

2° Une lettre de remercîments de M. Barnes, chirurgien général des armées des États-Unis, récemment nommé membre correspondant de l'Académie.

3° Des lettres de MM. Desormeaux et Maurice Perrin, qui se présentent comme candidats pour la section de pathologie chirurgicale.

4° Une lettre de M. le docteur Panis, de Reims, accompagnant l'envoi du tableau récapitulatif des vaccinations qu'il a pratiquées en 1872.

5° Une *Note sur la vaccine en Algérie*, par M. le docteur Sédan, médecin aide-major de première classe.

—

M. Bergeron dépose sur le bureau le premier *Bulletin* de la Société protectrice de l'enfance pour le département de la Seine-Inférieure.

M. Devilliers présente, au nom de M. le docteur Brochard, deux opuscules intitulés, l'un : *Guide pratique de la jeune mère*, et l'autre : *L'ouvrière, mère de famille.*

M. Amédée Latour dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur de Pietra Santa, une brochure intitulée : *La crémation des morts en Italie.*

M. Bouillaud offre en hommage un travail extrait des *Comptes rendus* de l'Académie des sciences, et qui a pour titre : *Nouvelles recherches sur l'analyse et la théorie du pouls à l'état normal et anormal.*

M. Ch. Robin présente une brochure de M. le docteur Lantier, *sur la conservation des membres blessés par armes à feu perfectionnées.*

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra. — La parole est à M. Barth.

L'orateur divise son discours en trois points : il exposera ce qui est admis sans conteste; 2° il discutera ce qui est en litige; 3° il signalera ce qui reste encore dans l'incertitude.

Relativement au premier point, il dit qu'il est aujourd'hui généralement admis sans conteste que le choléra commence par la diarrhée dite prémonitoire ou prodromique.

Le premier symptôme du choléra est la diarrhée, qui précède toujours ou presque toujours les signes du choléra confirmé. Le choléra *sec*, s'il existe, n'est qu'une exception. M. Barth pense que les cas de choléra dit *sec* ne sont que des erreurs de diagnostic. La diarrhée peut être purement intérieure, de même que les hémorrhagies intestinales internes. Il semble également admis sans conteste que, pour que le choléra guérisse, il faut une réaction plus ou moins prononcée, qui, dans quelques cas, peut dépasser le but et que le médecin doit chercher à combattre.

Si l'on est d'accord sur les point précédents, il n'en est pas de même de la question de la genèse du choléra et de la nature de la maladie. Sur ces questions, les opinions émises sont nombreuses. On a dit que le choléra était une *névrose ganglionnaire*; une *maladie du foie*; un *typhus*; une *fièvre intermittente*; une fermentation spéciale; un empoisonnement miasmatique.

M. Barth fait observer qu'il n'existe pas la moindre identité entre le choléra et les maladies précédentes. Le choléra est le choléra; il faut le placer à côté de la fièvre jaune et de la peste. On ne peut le comparer qu'au choléra nostras, dont il diffère cependant par l'ensemble de ses symptômes et de ses caractères, entre autres par son extrême gravité et sa transmissibilité.

M. Barth discute la question de la spontanéité du choléra. Il n'admet pas la relation que M. J. Guérin, principal partisan de cette théorie, a cherché à établir entre les diarrhées que l'on a observées à diverses époques en différents pays et les épidémies de choléra. Il rejette également l'opinion de M. Jolly, qui attribue une grande influence à l'eau dans la génération spontanée du choléra; il ne saurait admettre non plus l'action des conditions atmosphériques, topographiques, hygiéniques : haute température, humidité ou sécheresse, variations de l'électricité, altération des principes constituants de l'air (ozone); constitution du sol, etc. Aucune de ces conditions, suivant M. Barth, ne peut rendre compte de la génération de la maladie. Celle-ci n'est pas une simple aggravation du choléra sporadique; elle n'est pas le produit des conditions atmosphériques, telluriques ou hygiéniques; elle ne naît point spontanément dans nos pays. D'où vient donc le choléra, et comment arrive-t-il jusqu'à nous?

D'après l'opinion universelle, il est originaire de l'Asie-Mineure, a son foyer de prédilection dans les régions voisines du cours inférieur des grands fleuves de l'Inde, comme la peste dans le delta du Nil, comme la fièvre jaune à l'embouchure du Mississipi. C'est de là qu'on l'a vu partir, en 1817, pour arriver jusqu'à nous.

Après la théorie de la génération spontanée du choléra, M. Barth aborde celle de la migration du fléau transporté sous forme de miasmes particuliers à travers les continents et

les mers par de grands courants atmosphériques qui les déversent çà et là sur leur passage. L'orateur combat cette théorie, montre les objections qu'elle soulève et les impossibilités qu'elle rencontre; puis il s'arrête à une troisième théorie d'après laquelle le choléra-morbus, originaire de l'Inde, où il a sa source et ses conditions de genèse, est emporté par l'homme lui-même au delà des limites de son empire, et se propage au loin en se régénérant dans les victimes qu'il atteint dans son passage.

De ces trois théories : génération spontanée, propagation par les grands courants atmosphériques, transmission par les courants humains, c'est à la dernière qu'il s'arrête comme la plus logique et la plus conforme à la généralité des faits.

« C'est, dit-il, après avoir pesé, sans parti pris, sans idée préconçue, toutes les raisons alléguées de part et d'autre, que nous admettons la transmissibilité du choléra comme la théorie la plus rationnelle. Et voici les déductions que nous oserions tirer, après de longues et mûres réflexions, de l'étude approfondie de la question si grave de la cause et de la genèse du choléra-morbus :

En considérant, d'une part, l'éclosion si fréquente du choléra-morbus dans la proximité d'individus déjà frappés, et le développement si rapide de la maladie dans l'organisme qui vient d'en subir l'atteinte;

En considérant ces énormes déjections équivalant souvent à 8 ou 10 litres dans l'espace de quelques heures, liquides dont la masse ne peut provenir que de la sérosité du sang transsudant à la surface de l'intestin et dans lesquels l'albumine ne se révèle plus par ses réactifs ordinaires;

En réfléchissant, d'autre part, à l'action des ferments, s'attaquant avec prédilection aux matières albumineuses, les transformant avec rapidité en se multipliant eux-mêmes, et dont les corpuscules, solubles ou insolubles dans l'eau, se suspendent dans l'air et se transportent avec ce véhicule, nous dirions que le choléra-morbus, né dans l'Inde, est le produit d'un miasme spécial que nos contrées ne peuvent produire, miasme constitué par des corpuscules subtils, impalpables, de nature probablement organique, que la science n'a point isolés jusqu'à ce jour, pénétrant dans l'économie vivante par les voies pulmonaires ou digestives, agissant à la mode des ferments, et produisant dans l'albumine du sang une modification de composition par suite de laquelle le sérum transsude à la surface de l'intestin, d'où résulte un épaississement graduel de la masse sanguine dont le cours se ralentit peu à peu dans les vaisseaux capillaires; miasme morbide se multipliant dans l'organisme comme les molécules des ferments, se dégageant des corps contaminés et principalement des déjections alvines, se suspendant dans l'air ambiant, et se propageant à des distances peu éloignées pour frapper de nouvelles victimes, dans des conditions données de température qui en font varier la puissance, et de prédisposition organique qui en facilite les effets. »

L'heure avancée ne permet pas à M. Barth de terminer son discours; il le continuera dans la prochaine séance.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Charcot sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

VARIÉTÉS

CONFÉRENCES POUR LES SECOURS AUX BLESSÉS A VIENNE (AUTRICHE).

Nous avons annoncé la Conférence internationale privée pour les secours volontaires aux blessés en temps de guerre, Conférence qui s'est tenue récemment à Vienne (Autriche).

Aux détails déjà donnés par nous, ajoutons que les assistants étaient si nombreux, que la salle pouvait à peine les contenir et que, parmi les Français présents, outre ceux dont nous avons déjà cité les noms, on comptait encore M. le comte Serurrier, qui a été élu vice-président, et M. le docteur Elissen, nommé secrétaire de la réunion.

Les résolutions adoptées dans la dernière séance, sont les suivantes :

Art. 1er. En campagne, on n'emploiera qu'une seule espèce de brancard.

Art. 2. Le brancard de campagne doit être établi de telle sorte qu'il puisse être suspendu, non-seulement dans les voitures pour le transport des blessés, circulant sur les routes ordinaires, mais encore dans les wagons de chemin de fer et sur les bateaux à vapeur. Légèreté et solidité sont les deux conditions principales. Le drap du brancard doit être d'une toile solide, imperméable; sa longueur, celle de la taille d'un homme ordinaire. Ce drap doit être aisé à enlever. Les bras du brancard doivent être en outre faits d'un bois offrant de la résistance; certaines espèces de bois d'Amérique ou d'Australie sont particulièrement recommandées.

Le brancard doit être assez léger pour qu'un brancardier puisse le porter sans difficulté à vide; il ne doit pas peser plus de 10 kilogr.; il doit être muni de pieds, ainsi que d'un abri pour la tête. Le fer ne doit pas entrer dans sa composition.

L'Assemblée a été d'avis que les voitures pour le transport par terre des blessés, tout en étant solides, ne doivent pas peser à vide plus de 14 quintaux, avec charge, plus de 24, afin de ne pas nécessiter l'emploi de plus de deux chevaux.

Elles auront une toiture permanente, avec galerie où l'on suspendra les sacs et les armes ainsi que le fourrage des chevaux, calculé pour 48 heures. Elles seront munies d'un sabot, d'un frein, de lanternes à l'avant et à l'arrière; elles pourront être closes et avoir des rideaux.

Dans l'intérieur, ne devront être admis que des blessés; il est désirable que leur nombre ne dépasse point 6 et ne soit pas inférieur à 4, les hommes restant couchés; s'ils peuvent être assis, ce nombre devra être de 10 au maximum, et au minimum de 8. Pour les hommes dans la position horizontale, la suspension est désirable; pour ceux qui pourront s'asseoir, des bancs qu'on pourra déplacer à volonté garniront les côtés. Des planchettes en bois, pour les pieds, avec charnières pouvant se rabattre, seront disposées de chaque côté du véhicule qui, à l'arrière, sera muni d'une porte fermant et descendant jusqu'au niveau du blessé le plus bas couché; on y trouvera, en outre, tous les instruments nécessaires pour introduire, s'il le faut, des améliorations de détail.

Les jantes des roues de ces voitures seront disposées suivant la nature des pays où l'on devra faire usage du véhicule.

Quant aux voitures-magasins, elles devront être accessibles sur tous les côtés et ouvertes; à vide, elles ne devront pas peser plus de 10 kilogr.; chargées, plus de 20. Les Sociétés devront les faire construire ainsi que les voitures-cuisines; les deux véhicules exposés à Vienne avec cette destination serviront de modèles. Enfin la Conférence a adopté à l'unanimité la proposition de deux des membres, de donner à chaque soldat un paquet de bandes, afin qu'en cas de blessures il puisse sur-le-champ s'en faire une application.

Le transport des blessés par chemins de fer a donné lieu à l'adoption des résolutions suivantes :

1° Il n'est pas jugé nécessaire que les Sociétés pour secours volontaires aux blessés organisent, en temps de paix, un service de santé régulier et complétement équipé; mais dans chaque pays, le gouvernement devra obliger les administrations de chemins de fer à se procurer un certain nombre de wagons pour le transport des blessés et à les tenir prêts en cas d'accidents sur la ligne;

2° Il est nécessaire que déjà, en temps de paix, les voitures spéciales, voitures-cuisines, voitures à provisions, voitures pour médecins, etc., soient préparées et munies de tous les appareils indispensables;

3° Dans l'aménagement des wagons destinés au transport des blessés, il faut observer les conditions suivantes :

a. Le chargement doit pouvoir s'opérer aussi bien sur les côtés que de front; les ustensiles nécessaires pour ce chargement ou déchargement devront se trouver sous la main;

b. La communication intérieure des wagons entre eux est indispensable;

c. Pour l'entretien d'une température à peu près égale, ils devront être munis d'une double toiture, d'un double plancher et d'un appareil de chauffage qui permettra une température de 12° C;

d. Pourvoir à la ventilation et à l'éclairage. (Pour ce dernier point, il a été donné des instructions spéciales.)

Il faut éviter ici la suspension qui produirait des secousses trop fortes pour les blessés; des entre-deux élastiques sont au contraire à recommander; dans ce cas, on veillera à ce que chaque blessé ait au moins quatre mètres cubes d'espace, dans le véhicule. On ne tranportera pas plus de dix blessés à la fois dans le même wagon, et on n'aura soin de ne jamais les déposer sur le plancher même du wagon.

Le parquet devra être souvent nettoyé; cependant il faut le laisser tel quel, et se contenter de l'humecter de colle-forte bouillie.

4° Les wagons formant un train sanitaire doivent être limités dans leur nombre, de manière à ne pas former un total de plus de cinquante roues; le wagon des médecins et le wagon-cuisine seront au centre; le wagon des employés, à la queue du convoi.

5° La conduite et l'administration des trains sanitaires seront soumises aux mêmes règles que celles qui président déjà au régime des ambulances.

Enfin l'Assemblée a encore approuvé les articles suivants :

1° Aux trains de blessés ne pourront être annexés d'autres wagons vides ou chargés.

2° De temps en temps, des trains destinés au transport des blessés devront être réunis dans

les grands centres de population, afin que le personnel qui y sera employé ait l'occasion de se former au service pratique, et que la masse du public puisse s'intéresser à cette organisation.

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LES SUEURS DES PHTHISIQUES. — GRAVES.

Sulfate de quinine.	10 centigrammes
Acide sulfurique dilué	2 grammes.
Teinture de jusquiame	1 gr. 50 centigr.
Infusion de cascarille.	90 grammes.

Mêlez. — A donner en trois fois dans la journée, pour combattre les transpirations nocturnes au début de la tuberculisation pulmonaire. — Les malades devront avoir un régime substantiel et rester en plein air plusieurs heures par jour. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 27 NOVEMBRE 1801.

Un journal de Lyon publie, à cette date, la nouvelle suivante :

Séance de l'Athénée de Lyon. — « Le citoyen Volta a fait les expériences qu'on avait annoncées, et qui étaient impatiemment attendues. Il s'agissait de prouver l'identité du fluide galvanique et du fluide électrique. Le savant professeur a multiplié les preuves au moyen du *condensateur*, instrument ingénieux inventé par lui. Il a démontré avec clarté que, dans les effets du galvanisme, toutes les lois de l'électricité sont également suivies; que *Galvani* n'a fait que *glaner* dans le champ moissonné par Franklin, et que le contact des métaux, auquel le premier attribuait une propriété nouvelle, produit des effets purement électriques, mais avec plus de force qu'on n'en avait obtenu par les moyens connus jusqu'à lui. Le disciple le plus zélé de *Volta* est Robertson, auteur de la *Fantasmagorie*. » — A. Ch.

NÉCROLOGIE. — Samedi dernier ont eu lieu, à Belfort, les obsèques de M. le docteur Sabin Papillon, ancien médecin principal de première classe des armées, officier de la Légion d'honneur. Les autorités civiles et militaires de Belfort assistaient à la cérémonie; les honneurs militaires ont été rendus par une compagnie du 21e chasseurs à pied. Un discours a été prononcé sur la tombe du défunt par M. le docteur Chaland, médecin-major au 42e de ligne. M. le docteur Papillon avait été l'un des membres les plus distingués du corps de santé militaire, où ses travaux sur le campement et la ventilation l'avaient rapidement mis en évidence. Quand une cécité presque complète l'obligea de demander prématurément sa retraite, il venait d'être nommé médecin en chef de l'un des grands hôpitaux militaires de Paris.

M. le docteur Papillon était le père de notre jeune et distingué confrère, M. Fernand Papillon, rédacteur scientifique du journal la *Liberté*.

— Un concours pour la présentation à la suppléance des chaires d'anatomie et de physiologie sera ouvert, entre docteurs, le jeudi 11 décembre, à l'École de Reims.

Il y aura deux épreuves : une préparation d'anatomie avec exposition de trois quarts d'heure; une leçon de physiologie après vingt-quatre heures de préparation. — S'adresser à M. Panis, secrétaire, pour plus amples détails.

— Un concours vient d'avoir lieu entre les étudiants en médecine de Nantes.

Plusieurs lectures, dit l'*Indépendant de l'Ouest*, ont eu lieu pour ce concours, et, parmi ces compositions, trois surtout ont attiré l'attention du jury et ont été jugées dignes d'éloges et de récompenses.

La troisième est l'œuvre d'une étudiante, Mme Ribard, bachelier ès lettres, bachelier ès sciences, aspirante au titre de docteur en médecine :

« L'élégance de la rédaction, dit le rapport officiel, la précision du style rehaussent encore la valeur de cette lecture et font presque oublier les quelques inexactitudes qui se sont glissées dans les descriptions anatomiques et la brièveté de la question de chimie. »

Les questions posées étaient : 1° articulation du genou; 2° du calomel.

— Le docteur Sichel commencera, le lundi 1er décembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, un *cours élémentaire d'ophthalmologie*, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ce cours comprendra environ trente leçons.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SUR LE SABLE INTESTINAL;

Communication faite à l'Académie de médecine, le 18 novembre 1873,

Par M. le docteur A. LABOULBÈNE.

Les divers corps étrangers qu'on observe chez l'homme ont de tout temps attiré l'attention des anatomo-pathologistes : tels sont les calculs biliaires et vésicaux, malheureusement si fréquents, et qui ont été très-étudiés. Mais les concrétions du tube digestif, surtout celles d'un petit volume, sont rares, peu connues, et je viens demander à l'Académie quelques moments d'attention pour lui exposer un sujet sur lequel il reste encore beaucoup à faire.

On ne trouve point dans le corps humain les volumineux corps étrangers qui se forment dans les voies digestives des grandes espèces d'animaux ruminants ou solipèdes, connues sous les noms de bézoards ou d'égagropiles. Ces derniers offrent, tantôt une agglomération de poils feutrés, repliés en couches concentriques, recouverts ou non d'une enveloppe de mucus ou d'une croûte calcaire; tantôt ils se composent de matières végétales feutrées, associées à des phosphates. J'ai signalé la division des égagropiles en 1° simples; 2° encroûtés; 3° composés ou lithoïdes, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, tome IX, page 223, 1868.

Je rappellerai cependant que des concrétions d'un gros volume ont été observées dans l'intestin humain. Une des plus curieuses est celle qu'on trouve décrite et représentée par M. Huss et G. Mosander sous le titre de : *Calculus intestini coli hominis*, dans le *Museum anatomicum Holmiense* (fasc. I, fig. 1 et 2, in-folio, Holmiæ, 1855). Il s'agit d'une masse allongée, mesurant, à l'état sec, 17 centimètres en longueur et 6 centimètres dans sa partie la plus épaisse, arrondie vers le haut, terminée en pointe noueuse à l'extrémité opposée. Ce corps étranger était formé d'un calcul central arrondi, revêtu de mamelons calcaires; il remplissait le cœcum et pénétrait dans l'appendice vermiforme. On trouva qu'il était composé de fragments végétaux provenant de cariopses d'avoine et d'éléments minéraux et organiques, répartis de la manière suivante :

Fragments de cariopse d'avoine.	14, »
Phosphates de chaux et de magnésie.	77,50
Sels à acides gras et autres solubles dans l'eau.	5,20
Silice.	0,70
Matières grasses et organiques	2,60
Traces de fer et de manganèse.	
	100, »

FEUILLETON

CAUSERIES

En traversant, mardi dernier, la salle des *voix perdues*, à l'issue de la séance de l'Académie de médecine, je fus abordé par un monsieur que je n'ai pas l'avantage de connaître, et qui me proposa pour l'UNION MÉDICALE un manuscrit qu'il tira de sa poche.

— Hélas! Monsieur, lui dis-je, le journal est en ce moment si encombré qu'il pourrait publier vingt numéros au moins par les matériaux qu'il possède, et cela sans compter l'actualité. Des collaborateurs qui nous sont très-précieux, et que nous voudrions pouvoir satisfaire, attendent depuis longtemps, les Gueneau de Mussy, les Fleury (de Clermont), les Ferrand, les Bardinet (de Limoges), les Chereau, les Legrand, les Bucquoy, et tant d'autres.

— Lisez mon manuscrit, monsieur Simplice, et vous me répondrez après.

— Non, je ne veux pas me donner le regret d'être obligé de vous refuser, faute de place, ou de vous renvoyer à un futur contingent ridicule.

Et je m'éloignai aussi poliment que je le pus.

Quelle ne fut pas ma surprise, en rentrant chez moi, de trouver dans la poche de mon paletot le manuscrit de mon inconnu! Il l'avait insinué sans que je m'en aperçusse. Tant d'insistance piqua ma curiosité. J'ouvris le manuscrit, qui portait le titre suivant :

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE EN 1873.

Les premières pages sont consacrées à un petit historique de l'institution, aux modifications

Les plus fréquents des corps étrangers intestinaux sont les noyaux, les graines de fruits alimentaires, les débris d'os, d'arêtes, sans compter tous les objets qui peuvent être introduits accidentellement dans les voies digestives, ou les calculs venus du foie, etc., etc. On sait combien ces divers corps, ordinairement de moyen volume, peuvent produire des accidents graves lorsqu'ils s'arêtent dans une portion de l'intestin, lorsque surtout ils s'engagent dans l'appendice iléo-cœcal. L'inflammation des parois intestinales, la perforation de l'appendice sont possibles et suivies de péritonite ou de phlegmon iliaque.

Après avoir indiqué les corps étrangers volumineux et de moyen volume, j'arrive au sujet de la présente communication, au sable ou au gravier intestinal, c'est-à-dire aux concrétions du moindre volume, qui peuvent exister parfois en abondaance et être expulsées par l'orifice anal.

§ I.

J'ai, pour la première fois, observé en 1861 les granulations que je place sous les yeux des membres de l'Académie, et on verra combien elles ressemblent à du sable ou à de fins graviers. Je les avais soigneusement examinées, à cette époque, sans parvenir à me faire une idée nette à leur sujet. Je communiquai ces recherches à un cher maître, dont le souvenir est présent à l'Académie, à Rayer, qui me dit, avec sa prudence ordinaire et sa grande sagacité : « C'est fort curieux; mais pas de communication, à moins de plusieurs exemples semblables. » J'ai profité du conseil, et c'est avec cinq autres observations, six en tout, que je puis parler aujourd'hui sur le sable intestinal.

Voici le premier fait, réduit à ses points essentiels :

Premier fait. — Pendant les vacances de l'année 1861, au mois de septembre, je fus appelé à voir une servante, âgée de 30 ans, d'une constitution forte et qui, éprouvant de vives douleurs abdominales, rendait depuis six semaines des fausses membranes glaireuses et une matière ressemblant à du sable.

En questionnant cette personne, déjà observée par M. le docteur Orliac, je recueillis les détails suivants : La malade n'avait rien présenté de spécial pendant son enfance; les règles avaient paru à l'âge de 14 ans, et, jusqu'à 18, elles avaient toujours été périodiques ; mais, depuis lors, la menstruation était devenue irrégulière; il y avait eu des suppressions fréquentes, quoique sans grossesse.

A l'âge de 24 ans, elle commença à éprouver de la gastralgie, et celle-ci devint si forte que cette fille entra à l'hôpital d'Agen pour s'y faire soigner; elle y resta deux mois, et sortit guérie.

Le 20 avril 1861, de nouvelles douleurs d'estomac se produisirent avec une grande intensité. Le malaise était considérable : il y avait de la soif, du dégoût pour les aliments et une constipation habituelle. Les douleurs devenaient parfois si vives, que la malade, pour les calmer, se couchait sur le ventre et pressait fortement la région épigastrique jusqu'à ce que la

---

et changements qu'elle a subis dans sa constitution et son règlement, et il arrive au personnel, distribué en onze sections.

Comme je n'ai rien de mieux à vous dire aujourd'hui, permettez-moi de détacher de ce manuscrit les pages consacrées à la première section de l'Académie, la section d'*anatomie et de physiologie*. Si le lecteur trouvait quelque intérêt dans cette publication, on pourrait la continuer.

SECTION D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE.

Le 31 décembre 1794, naissait, à Poitiers, M. Piorry (Pierre-Adolphe), l'un des doyens de l'Académie, à laquelle il appartient depuis 1823, d'abord comme membre-adjoint, puis comme titulaire.

La date que j'assigne à la naissance de M. Piorry surprendra tous ceux qui peuvent encore admirer et qui admirent la taille droite, élégante et svelte, la chevelure noire et touffue, la barbe abondante et indemne de tout fil argenté de notre toujours jeune confrère. Quelle merveilleuse conversation! Je sais bien ce que disent et colportent les envieux et les jaloux..... Il faut les laisser dire, ou plutôt il faut leur répondre : Taisez-vous, mauvaises langues, et regardez ce front sans rides, ces yeux d'où jaillissent des éclairs de jeunesse et d'ardeur, ce teint uni et diaphane comme celui d'Antinoüs.

Mais M. Piorry tient sa place à l'Académie autrement que par ses qualités physiques. Il est peu de questions agitées dans cette enceinte, de l'ordre de l'hygiène, de la pathologie et de la clinique médicales, et souvent de l'ordre dogmatique et philosophique, à la discussion desquelles cet honorable membre n'ait pris part. Ce n'est pas que M. Piorry soit un orateur dans la véritable acception du mot; non, son improvisation est difficile, sa phrase empâtée, souvent

crise fût passée. D'autres fois, les jambes fléchissaient et il survenait des frissons alternant avec de la chaleur. Le médecin appelé s'était assuré qu'il n'y avait point d'ictère, ni de péritonite localisée, ni de fièvre intermittente.

L'abdomen était douloureux à la palpation, surtout dans la région épigastrique et dans l'hypochondre droit, mais le foie n'était point augmenté de volume et ne débordait point les fausses côtes; la région du cœcum était souvent rénitente et comme empâtée; enfin, les ovaires offraient de la sensibilité, surtout à gauche. Le caractère était bizarre et inégal.

En résumé, des signes de gastralgie et des manifestations hystériques avaient été constatés. D'autre part, les fèces et les urines, examinées plusieurs fois, n'avaient rien présenté d'anormal.

Après quatre mois de traitement infructueux (d'avril en juillet), pendant lesquels les calmants de toute sorte et une médication antihystérique furent mis en usage, la constipation demeurait opiniâtre. La malade se plaignait de souffrances intestinales; on apercevait nettement les mouvements péristaltiques de l'intestin à travers les parois de l'abdomen distendu par des gaz.

A la suite de ces douleurs si vives, la malade rendait des fèces dures, ovillées, et des fausses membranes. Bientôt à ces fausses membranes il s'ajouta un produit ressemblant à du sable, produit que le médecin remarqua le premier, sans qu'il lui eût été indiqué.

Un grand lavement de lavage, pris le matin et le soir, soulageait cette femme, et elle rejetait avec le liquide injecté une quantité notable de matière sableuse.

Cet état durait depuis six semaines quand j'ai vu la malade. Le sable qui m'a été montré était identique avec celui que j'ai pu recueillir parmi une déjection récente et venant d'avoir lieu dans un vase préalablement lavé avec soin.

Je me suis assuré que la malade, très-nerveuse, hystérique, ne présentait aucune lésion appréciable d'organe; aucune tumeur n'existait dans l'abdomen; le cœur et les poumons fonctionnaient sans obstacle. Je n'ai trouvé que des points hyperesthésiques déjà signalés surtout du côté gauche du corps, une sensibilité exquise de l'ovaire, etc. Les urines ne renfermaient ni albumine, ni glycose.

Je recherchai de quoi se composait ordinairement l'alimentation; les végétaux, la salade y entraient pour la majeure part; la viande était prise avec dégoût et en petite quantité. A plusieurs reprises, cette femme affirma qu'elle n'avait point avalé du charbon, du plâtre, ni sable, ni craie, ni d'autres substances.

Ayant en vue autant les productions pseudo-membraneuses que le sable intestinal, je conseillai les purgatifs avec l'huile de ricin ou le séné, et surtout de changer l'alimentation, de prendre des viandes nutritives sous un petit volume, de les bien mâcher et insaliver; enfin les révulsifs sur la région épigastrique, les injections hypodermiques pourraient être utilisés.

A la fin de l'année, sous l'influence de ce traitement où l'alimentation joua le principal rôle, la malade se trouvait très-bien; elle avait encore des borborygmes, elle rendait parfois des

---

incorrecte, ses périodes diffuses, enchevêtrées, commençant solennellement et finissant trop fréquemment en queue de rat.

Cependant M. Piorry se fait écouter à l'Académie, parce que, à part quelques excentricités de langage, sa marotte sur la nomenclature et ses exagérations du plessimètre, on trouve dans ses discours un fond riche d'expérience pratique et d'observation clinique.

Car pour tous ceux qui ont le sentiment de la justice et la prévision de l'opinion de l'avenir, le nom de M. Piorry est destiné à survivre dans la science et dans la pratique plus longtemps assurément que celui de beaucoup de ses collègues morts ou vivants, et qui ont joui pendant leur existence d'une plus grande notoriété que lui.

M. SÉGALAS (Pierre-Salomon) est entré à l'Académie la même année que M. Piorry, quoiqu'il soit son aîné de deux ans. Vous aurez l'occasion de remarquer, dans le dénombrement auquel je me livre, que l'Académie semble donner un brevet de longévité à ses membres. Vous verrez, en effet, combien nous compterons de septuagénaires et d'octogénaires dans cette docte assemblée et qui justifient, ceci soit dit sans flatterie, la loi de Lordat sur l'insénescence de l'esprit. Étonnez-vous, après cela, du nombre des candidats à chaque place vacante. Vivre longtemps et ne pas vieillir!

A part un peu d'emphysème pulmonaire, M. Ségalas n'a pas vieilli. Quoique cet honorable et bienveillant confrère ait professé avec succès des cours de physiologie et de pathologie chirurgicales, il ne s'est jamais, je crois, abandonné aux hasards de la discussion et aux périls de la tribune. Mais il a rendu des services à la Compagnie dans les travaux moins bruyants des commissions, et il a fait des rapports estimés. M. Ségalas est un spécialiste ingé-

mucosités ou des matières glaireuses dans les garde-robes, mais le sable ne reparaissait plus. Au printemps de 1862, elle était redevenue forte, la menstruation s'était régularisée.

Dans ce premier fait, il est sûr que j'ai eu sous les yeux une matière sableuse rendue par une femme atteinte de gastralgie, d'entéralgie et hystérique. Je m'étais posé à moi-même les objections qui motivèrent les scrupules de Rayer. Y avait-il supercherie? Cela était possible; aussi, dès mon retour, j'avais examiné au microscope le sable recueilli, et je l'avais donné à analyser.

A l'œil nu, la matière sableuse était formée de petits grains brunâtres, séparés, fins, ayant en moyenne un demi-millimètre de diamètre, mais un certain nombre n'avait que deux ou trois dixièmes de millimètre.

Avec une forte loupe, on constatait que les plus gros grains foncés sont inégaux à leur surface, ceux de moindre volume sont un peu moins colorés, et, placés sur une lame de verre, beaucoup offrent un aspect hyalin ou un peu transparent.

Après macération dans une eau légèrement acidulée, soit par l'acide acétique, soit par l'acide chlorhydrique, la plupart des granulations laissaient voir qu'elles sont revêtues et comme empâtées d'une matière organique, et la surface apparaît hérissée de cristallisations irrégulières. Il y a donc une partie centrale cristalline et une portion enveloppante organique nettement isolée par une solution de potasse caustique.

Les grains, petits et un peu plus transparents au premier abord, étaient formés par des cellules tantôt séparées, tantôt réunies en groupes de cellules, rarement arrondies, plus ordinairement polyédriques, à parois épaisses, à contenu ovoïde, ou irrégulier, et d'un brun rougeâtre placé dans la cavité de chaque cellule. Les parois étaient traversées par des canaux fort nombreux, régulièrement espacés, venant de l'intérieur et allant à la périphérie.

Il résulte de cet examen au microscope que ce n'est pas à du sable ordinaire que ressemble cette matière sableuse, car elle est enveloppée d'une substance organique ou enrobée pour ainsi dire dans une gangue particulière. La malade, par conséquent, n'a pas déposé simplement le sable dans ses déjections, mais n'aurait-elle pas pu l'avaler, sollicitée par une de ces altérations et de ces perversions du goût trop communes chez les sujets nerveux?

Pour compléter mes renseignements sur ce sujet difficile, j'avais remis à O. Réveil, mon collègue d'agrégation, et pharmacien en chef de l'hôpital des Enfants-Malades, la majeure partie de ce produit. Voici le résultat de son analyse :

« La matière, composée de petits granules de la grosseur d'un grain de millet, brûle en se boursouflant légèrement avec une flamme blanche, éclairante. Les vapeurs répandent l'odeur de corne brûlée.

« Calcinée, elle donne 2,7 pour 100 de résidu, composé en grande partie de carbonate de chaux. Après avoir repris ce résidu par l'acide chlorhydrique concentré, il reste une partie insoluble, composée de petits grains anguleux, visibles à l'œil nu, transparents, se brisant en

---

nieux, praticien attentif, très-aimé de ses clients qui apprécient l'amabilité et la bonté de son caractère.

Si vous n'êtes pas prévenu, devinerez-vous que M. Bouvier (Sauveur-Henri-Victor) a un an de plus que le XIXe siècle? Non, n'est-ce pas? M. Bouvier rase avec soin toute sa barbe. Avis à ceux qui veulent paraître longtemps jeunes. Rappelez-vous le regretté Blache, qui n'a jamais eu plus de 40 ans.

M. Bouvier est entré à l'Académie en 1839. Il avait déjà obtenu au concours le titre d'agrégé à la Faculté et de médecin des hôpitaux. Il y avait été précédé par une réputation méritée de solide anatomiste, et c'est aussi dans la section d'anatomie et de physiologie que l'ami et le collaborateur de Béclard fut accueilli à l'Académie.

M. Bouvier s'y est montré l'un des membres les plus assidus et les plus zélés. Il y a lu plusieurs mémoires et y a fait des rapports applaudis. Il eut un jour la pensée malheureuse, — il y a bien longtemps de cela, — de se livrer à une objurgation violente contre l'œuvre hippocratique célèbre : *De l'air, des eaux et des lieux;* mais il fut si vertement tancé par Double, que l'envie ne lui a pas repris de reprendre cette thèse.

M. Baillarger (Jules) est entré à l'Académie, en 1847, à l'âge de 41 ans. Cet élève pieux et distingué d'Esquirol justifiait sa candidature dans cette section par des mémoires importants sur l'anatomie et la physiologie du cerveau, quoiqu'il présentât des titres non moins sérieux à une élection dans la section de pathologie médicale.

Cet honorable académicien est fort assidu aux séances; il y a fait de nombreux et d'excellents rapports, et il s'est mêlé avec succès à plusieurs discussions importantes. Quoique pro-

mille petits éclats, si on les presse entre deux lames de verre. Ces petits grains apparaissent également si on attaque la matière par une solution de potasse ou par les acides minéraux concentrés. La plupart, ainsi isolés, sont triangulaires ; leurs caractères principaux sont d'être très-fragiles et transparents.

« Ces petits calculs sont insolubles dans l'eau, l'éther ou l'alcool. Ils contiennent du carbonate de chaux que l'on retrouve dans le résidu de la calcination.

« Les acides minéraux concentrés, la potasse caustique en solution, l'ammoniaque, les dissolvent à la longue et leur donnent une coloration rougeâtre ; l'acide chlorhydrique se colore légèrement en bleu verdâtre ; ils sont azotés.

« D'après ces caractères, on peut affirmer que la partie enveloppante est organique, imprégnée d'un peu de carbonate de chaux.

« Quant à la partie centrale, composée de grains remarquables par leur insolubilité dans les acides, leur transparence et leur fragilité, il semblerait qu'ils sont formés de silice. »

« J'ajouterai enfin que ces petits corps présentent des traces de fer. »

Après les deux examens microscopique et chimique, il me paraît impossible d'admettre que le sable ait été déposé dans les matières alvines, il avait dû sûrement passer par le tube digestif. Je dois ajouter que cette femme, dont l'alimentation était surtout végétale, n'avait point l'habitude de se purger avec des sels neutres de magnésie, qu'elle ne prenait point de magnésie calcinée, de craie préparée, etc.

Toutefois, il me paraît incontestable que les grains siliceux venaient du dehors, ainsi que je l'établirai plus tard.

(*La fin au prochain numéro.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

QUELQUES MOTS AU SUJET DE LA MÉDECINE LÉGALE ET DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DANS LES CAMPAGNES.

Pont-de-l'Arche, le 25 septembre 1873.

Monsieur le docteur,

Je vois souvent dans l'UNION des consultations médico-légales que vous adressent vos abonnés. D'ailleurs, votre journal est le défenseur de tous les intérêts du corps médical. C'est pour cela que je prends la liberté aujourd'hui de vous adresser quelques réflexions au sujet de l'Assistance publique dans les campagnes, et aussi des rapports que les médecins de chef-lieu de canton ont avec la justice. Je n'hésite pas à croire que si vous vouliez bien insérer ma lettre, elle se trouverait être un écho fidèle des condoléances de beaucoup de vos abonnés.

Parlons d'abord de nos rapports avec le ministère public.

---

fessant avec aisance, et que ses cours sur l'aliénation mentale aient toujours été très-goûtés et très-suivis, M. Baillarger, trop méfiant de ses forces, n'a pas abordé la tribune académique par l'improvisation ; mais ses discours écrits, parfaitement bien lus, produisent toujours un excellent effet.

M. BERNARD (Claude) est né en 1813. Il appartenait depuis sept ans à l'Académie des sciences lorsqu'il frappa à la porte de l'Académie de médecine, qui lui fut aussitôt et largement ouverte dans la section d'anatomie et de physiologie. C'est sans doute pour l'Académie un grand honneur de posséder au nombre de ses membres un savant de cet ordre et d'une notoriété si considérable ; cependant il faut reconnaître que cet éminent confrère n'a rendu jusqu'ici que peu de services à la compagnie. On ne le voit guère à l'Académie que les jours de certaines élections, et nous n'avons pas souvenir de l'avoir entendu faire une communication ou se mêler à une discussion.

M. BÉCLARD (Jules). Nouvel et frappant exemple de l'influence de la barbe sur l'aspect de la physionomie et sur le diagnostic de l'âge. Quel extrait de naissance donneriez-vous, en effet, à l'honorable secrétaire perpétuel de l'Académie, à cet élégant jeune homme, dont pas une ride ne plisse le front et que l'odieuse obésité épargne?

Eh bien, ce jeune homme, né en 1818, compte par conséquent cinquante-cinq printemps. Auriez-vous pu le croire? C'est que M. Béclard ne porte ni barbe ni favoris. Autre signe distinctif : il ne porte pas la rosette d'officier de la Légion d'honneur.

M. Béclard, fils de l'anatomiste célèbre mort en 1826, a eu, pour hériter de son père le fauteuil académique, d'autres titres que la filiation. La section d'anatomie et de physiologie

Aucun de nous ne recule devant ses devoirs. Chaque médecin est prêt à mettre au service de la justice et de la société les connaissances spéciales qu'il possède. On soupçonne un crime, on nous demande des éclaircissements; souvent la trace du crime est passagère, le temps ou l'intérêt des personnes compromises peuvent la faire disparaître; il faut agir vite, saisir la preuve au vol pour ainsi dire, et on n'a pas le temps d'aller au chef-lieu d'arrondissement chercher le médecin légiste assermenté. On demande le premier médecin venu, souvent le médecin du chef-lieu de canton, parce que c'est là que résident et les gendarmes et le juge de paix qui procèdent aux premières informations. On nous demande donc; nous sommes-là; nous répondons à l'appel; mais nous recevons une rémunération dérisoire, voilà le mal, ou bien nous ne sommes pas payés du tout. Ainsi voilà un médecin qui peut rendre un immense service à la société, mettre sur la piste d'un crime. On ne le prie pas, on le requiert, c'est-à-dire on lui ordonne de rendre ce service, qu'il n'a du reste nulle envie de refuser, on lui fait encourir une responsabilité souvent énorme, et on veut que tout cela soit gratuit, ou à peu près. Il y a là, évidemment, une injustice, une réforme à opérer. Quelques exemples qui me sont personnels vont vous en convaincre.

Il y a un an environ, je fus *requis* pour constater un viol commis sur une petite fille de 3 ans. De longues recherches microscopiques, de minutieux examens de l'enfant et des vêtements, et enfin un rapport, furent faits par moi. Je fus obligé de me rendre devant la Cour d'assises, et de soutenir mes conclusions discutées par l'avocat. L'accusé avait ses partisans dans le village, je m'attirai leur haine. Savez-vous, Monsieur le rédacteur, combien tout cela est payé? Les honoraires sont fixés par un décret du 18 juin 1811; il n'y a pas à discuter : 2 fr. 50 c. par myriamètre parcouru, et 3 fr. pour la visite, le rapport, y compris le premier pansement, dit le décret.

Ainsi, il est alloué par la loi 3 fr. au médecin pour les recherches les plus longues et les plus pénibles qu'il sera obligé de faire pour découvrir les traces d'un crime, pour sa responsabilité engagée, pour les haines envenimées qu'il aura à subir de la part des criminels et de leurs partisans. N'est-ce pas ridicule? Dans la procédure, il est traité en témoin, non en expert, il est enfermé avec les témoins pendant de longues heures, parce qu'il est appelé le dernier; enfin son déplacement est taxé comme celui des simples témoins.

Tel est l'état de notre législation, et c'est évidemment elle qu'il faudrait changer, car aucun médecin ne se fait cette question : Peut-on légalement refuser son concours à la justice? Tout médecin est-il obligé d'obtempérer aux réquisitions qui lui sont faites par l'autorité judiciaire? Peu nous importe ce à quoi la loi nous oblige, car quand bien même elle nous laisserait libres, ce qui est douteux, notre conscience est pour nous une loi, et nous ne voulons pas priver la justice d'un concours qui lui est indispensable. Mais si nous sommes des gens de bonne volonté, ce n'est pas un motif pour que nous soyons traités en dehors de tout esprit d'équité. Des hommes exerçant une profession libérale, étant requis pour un travail extraordinaire, pour une expertise qui exige des lumières particulières, des connaissances spéciales,

---

devait s'ouvrir et s'ouvrit, en effet, en 1862, à l'auteur d'un des meilleurs traités de physiologie de notre littérature médicale, et dont les éditions se succèdent avec rapidité.

M. Béclard, après avoir longtemps rempli les fonctions de secrétaire annuel, puis, par intérim, celles de secrétaire perpétuel, a été consacré définitivement par l'élection à la mort de Dubois (d'Amiens). M. Béclard a prononcé plusieurs éloges, dont celui de Villermé, entre autres, présente une véritable valeur scientifique et littéraire.

M. Béclard a, dit-on, des ambitions politiques. Déjà membre du Conseil général de la Seine pour le canton de Sceaux, il est désigné comme futur candidat aux prochaines élections par le parti républicain avancé. Cette diversion serait fâcheuse pour l'Académie et pour M. Béclard lui-même; elle n'est à désirer d'aucun côté.

M. Sappey (Marie-Philibert-Constant), élu en 1862, assiste régulièrement aux séances, mais n'y prend qu'une part d'auditeur; n'a paru à la tribune qu'une seule fois pour y faire un très-beau rapport, rapport magistral, sur une observation de plaie pénétrante de l'abdomen. Savant modeste, entièrement absorbé par ses devoirs de professeur et par la confection de son magnifique ouvrage d'anatomie descriptive, dont les livraisons se succèdent trop lentement au gré de ses souscripteurs.

M. Vulpian (Edme-Félix-Alfred) est entré à l'Académie en 1869, M. Marey (Jules-Étienne) en 1872, et M. Moreau (Alexis) en 1873. Ces trois académiciens, qui complètent la section d'anatomie et de physiologie, qui doit compter dix membres, présentaient, les deux premiers surtout, des titres exubérants pour entrer dans cette section académique. Les titres de

ont droit à une indemnité raisonnable, en rapport avec l'importance de leur mission. Nous ne sommes pas de simples témoins : *Medici propriè non sunt testes, sed est magis judicium quàm testimonium.*

Pour vous donner une idée du travail considérable que la justice peut exiger d'un médecin pour la somme de 3 fr. ou de 5 fr., s'il y a autopsie, je vous citerai encore un exemple. Il y a trois semaines environ, dans la contrée que j'habite, c'est-à-dire aux environs de Rouen, nous étions en pleine épidémie (ou constitution médicale, comme vous voudrez) de ces diarrhées cholériques qui font périr fort bien les malades en quelques jours avec tous les symptômes du vrai choléra. Un malheureux meurt sans soins médicaux, dans un réduit, avec des crampes, des vomissements et des déjections alvines abondantes. La justice a des raisons pour croire que cet homme a été empoisonné par une femme qui vivait avec lui et vendait de la mort aux rats, c'est-à-dire une pâte probablement arsenicale. Vous savez combien les symptômes de l'empoisonnement par l'arsenic ressemblent à ceux du choléra. Je fus requis par la justice pour faire un rapport sur la cause de la mort de cet homme. Les vivants me réclamaient de tous côtés, et si je voulais m'occuper consciencieusement du mort, il me fallait faire une autopsie minutieuse, recueillir les viscères dans des bocaux étiquetés, car ce n'est certes pas par la simple inspection et l'aspect extérieur qu'on peut distinguer l'empoisonnement de la mort par le choléra, quitter un devoir impérieux pour un devoir moins impérieux, et je le dis, puisque je suis homme, une occupation lucrative pour une occupation non lucrative et dégoûtante. Voilà l'alternative où je me trouvais placé. Dans ce cas, j'ai choisi mon devoir le plus clair, j'ai complétement laissé le mort de côté. La justice a dû supposer qu'il était mort du choléra. Tant pis, ce n'est pas ma faute si nous avons des lois absurdes et qui rendent si pénibles les devoirs du médecin légiste. Qu'on rémunère comme il faut un service public, et on trouvera des hommes pour le remplir.

Encore autre chose. Quand la justice nous demande pour constater la mort d'un inconnu noyé ou pendu, ou mort accidentellement, et qu'il n'y a pas soupçon de crime, on nous refuse même nos maigres appointements de 2 fr. 50 par myriamètre, et de 3 fr. pour visite et rapport; on nous dit que quand il n'y a pas crime, ce ne sont pas des frais de justice criminelle, ce sont les particuliers ou les communes qui doivent nous payer. Nous avons beau objecter que s'il n'y a pas crime, c'est le plus souvent après notre rapport qu'on le sait; peu importe, on ne veut pas nous entendre, et on retranche impitoyablement de notre note les cas où il n'y avait pas soupçon de crime. Nous nous adressons alors aux communes sur le territoire desquelles le cadavre a été trouvé. Les communes nous répondent invariablement que cela ne les regarde pas, qu'elle ne nous ont pas donné mission, et par conséquent qu'elles n'ont point à nous payer. Il ne nous reste plus alors qu'à inscrire la somme au nombre des nombreuses créances dont il nous sera certainement tenu compte dans une vie meilleure, mais sur lesquelles on compterait vainement pour s'enrichir en ce monde sublunaire.

Vous voyez, Monsieur le directeur, que tout n'est pas roses dans le métier de médecin

---

M. Moreau, moins en évidence, sont néanmoins tenus en grande considération au Muséum et au Collége de France.

M. Vulpian se mêle volontiers aux discussions scientifiques de l'Académie, tantôt par des discours écrits, tantôt par l'improvisation. M. Marey est encore vierge de toute communication, et M. Moreau, jusqu'ici, imite de Marey le silence prudent.

Cette section de l'Académie est certainement l'une des plus savantes et des plus éclatantes. Aussi l'entrée en est-elle difficile, et des hommes du premier mérite, comme M. le docteur Luys, par exemple, attendent encore.

Pour copie conforme :

Dr SIMPLICE.

— Les internes de l'Hôtel-Dieu de Caen ont reçu de la commission administrative des hospices de cette ville, une lettre de félicitations pour leur belle conduite pendant la durée de l'épidémie.

On ne saurait trop louer, en effet, dit le *Moniteur du Calvados*, le zèle, l'intelligence et l'abnégation dont ces jeunes gens ont fait preuve pendant ces tristes jours.

— M. le docteur Rabuteau commencera, le lundi 1er décembre, des cours de physique, chimie et histoire naturelle médicales pour la préparation au troisième examen du doctorat en médecine et au premier de fin d'année. Les leçons auront lieu dans l'ordre suivant : Les lundi, mercredi et vendredi, de 4 heures à 6 heures; les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de 8 heures à 10 heures du soir. La durée d'une préparation à ces examens est d'un mois. On s'inscrit chez le docteur Rabuteau, 38, boulevard Saint-Michel.

légiste, et que ce n'est pas sans raison qu'on demande depuis longtemps une révision des lois qui régissent la médecine. Mais il y a tant de choses à réformer auparavant! C'est toujours là la réponse qu'on nous fait. Les médecins sont de braves gens, patients par métier; ils ont longtemps attendu, ils attendront probablement longtemps encore. Hélas! je le sais bien. Ce que je vous écris ne servira à rien; mais enfin :

A raconter ses maux souvent on les soulage;

et puis, peut-être, à force de crier, lasserons-nous enfin les oreilles de nos législateurs.

Le second abus criant dont sont victimes les médecins de campagne et dont je veux encore vous parler, c'est le défaut d'organisation de secours pour les indigents. Un médecin rural occupé peut avoir une clientèle étendue dans 12 à 15 communes. Si l'on suppose un indigent par 10 habitants (c'est la proportion admise dans un rapport présenté à l'Assemblée nationale, et inséré dans l'UNION MÉDICALE du 31 août 1872; elle est, du reste, trop faible) et une population de 600 habitants par commune, cela fait plus de 1,000 indigents qui peuvent chaque matin venir frapper à votre porte; et Dieu sait s'ils s'en privent quand ils sont malades. Comme il n'y a absolument aucun secours public organisé, et que les secours privés deviennent de plus en plus rares, le médecin, non-seulement donne ses soins et son temps gratuitement, mais souvent encore le petit écu que la pitié lui arrache. Sur lui tout seul retombent des charges qui devraient peser sur 15 communes. Or, ne serait-il pas juste et facile que dans chaque commune on organisât un bureau de bienfaisance chargé de répartir entre les indigents les secours que fournirait la charité privée ou un impôt au besoin? Les membres du bureau conviendraient d'un prix réduit avec chacun des médecins qui visitent ordinairement la localité. Chaque indigent se ferait soigner par le médecin qu'il voudrait. C'est là certainement le moyen le plus simple pour organiser l'assistance publique dans les campagnes. C'est également le plus libéral, parce qu'il laisse les indigents libres dans le choix de leur médecin, et qu'il n'exige l'intervention du pouvoir central que pour forcer chaque commune à organiser chez elle un bureau de bienfaisance, dont les ressources soient en rapport avec le chiffre de sa population. Mais cette action du pouvoir central pour forcer les communes à organiser quelque chose est absolument nécessaire. Sans une loi, les communes n'organiseront jamais rien. Les municipalités et les pauvres ont pris l'habitude de regarder le médecin comme obligé de donner ses secours gratuitement. Le médecin est un homme accessible à la pitié; il ne veut pas laisser mourir son semblable sans lui porter secours; on le sait bien, et vite on exploite son bon cœur. Et s'il représente à n'importe quel maire de village qu'il serait juste que la commune secourût ses pauvres, surtout quand ils sont malades, M. le maire répond toujours que la commune s'en gardera bien, attendu que les médecins ont toujours jusque-là visité les pauvres pour rien, ce qui est économique pour un budget surchargé; que l'assistance regarde le malade et le médecin, et tout au plus quelques personnes charitables, quand il y en a; que la commune y reste étrangère. C'est là certainement une véritable exploitation dont nous sommes les victimes. Nous n'avons qu'un moyen de la faire cesser, c'est de réclamer une bonne loi qui fasse connaître aux communes leurs devoirs envers leurs pauvres.

C'est surtout dans les campagnes que les médecins souffrent d'abus nombreux. Nous avons bien rarement l'occasion de monter à une tribune pour protester. Si vous vouliez aujourd'hui, Monsieur le rédacteur, me prêter la publicité de votre journal, vous retraceriez à beaucoup de collègues l'histoire des maux dont ils sont eux-mêmes victimes tous les jours, et qu'ils supportent en silence parce qu'ils les croient moins généraux. Mais le jour où nous saurons que nous souffrons tous, nous pourrons unir nos voix pour réclamer, et alors nous aurons plus de chances d'être entendus.

Agréez, je vous prie, Monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Dr A. SOREL, à Pont-de-l'Arche (Eure).

BIBLIOTHÈQUE

DE LA NÉVROPATHIE CÉRÉBRO-CARDIAQUE; par M. le docteur M. KRISHABER.

Un volume in-8°. Paris, 1873. G. Masson, libraire.

Lors même que l'auteur de cette monographie remarquable n'aurait pas fait, comme il le croit, la découverte d'une maladie *nouvelle*, c'est-à-dire non encore décrite, j'estime, pour ma part, qu'il aura rendu un véritable service à la science médicale, en appelant l'attention sur un ensemble de symptômes qu'il a trouvés réunis chez un grand nombre de sujets et dont il a constitué une unité, une entité morbide, sous le nom de *névropathie cérébro-cardiaque*.

Il ne m'appartient pas de décider la question de savoir s'il s'agit là d'une espèce nosologique particulière, comme le veut l'auteur; je préfère en laisser la solution à la sagacité du lecteur, après avoir mis sous ses yeux tous les éléments d'instruction sur lesquels il lui sera permis d'asseoir son jugement.

La description de la névropathie cérébro-cardiaque repose sur trente-huit observations très-intéressantes, dans lesquelles il est difficile de méconnaître les analogies qui les relient les unes aux autres et dont cette description n'est, en quelque sorte, que le résumé. Quatre groupes de symptômes constants la caractérisent; ce sont : 1° des troubles des sens; 2° des troubles de locomotion; 3° des troubles de circulation; 4° des symptômes secondaires.

Les troubles sensoriels consistent dans l'hyperesthésie des sens, principalement de la vue et de l'ouïe. A ces troubles se rattachent des conceptions fausses ou perverties, pouvant aller jusqu'à un état qui a beaucoup d'analogie avec l'ivresse alcoolique, mais qui n'est jamais le délire réel, le malade gardant toujours la faculté de corriger par le raisonnement les illusions qu'il subit.

Les *troubles de la locomotion* consistent, le plus souvent, dans l'*abolition du sentiment d'équilibre*, causée par du *vertige* et des *étourdissements*. Il survient quelquefois de la *paraplégie* jusqu'à complète résolution des membres; d'autres fois, il n'y a que de la *parésie*, plus ou moins accusée, affectant presque tous les muscles du corps et se traduisant par une sensation de lassitude et d'épuisement; quelquefois encore, il y a des impulsions involontaires, et le malade marche malgré lui dans des directions déterminées. D'autres fois, la démarche est seulement hésitante, incertaine, mais à peu près normale comme attitude; dans d'autres cas, enfin, il y a excitation au lieu de paralysie, et le malade est poussé à marcher, comme mû par un ressort. Ces divers troubles se succèdent chez le même individu dans le cours de l'affection.

Les *troubles de la circulation* consistent surtout en une irritabilité du système vasculaire, telle que le moindre mouvement, comme le fait de se mettre debout étant assis, ou sur son séant étant couché, amène une *augmentation du pouls* de 20, 30 et même 40 pulsations. Il y a en outre de fréquentes et violentes *palpitations*. Elles sont spontanées ou provoquées par les causes les plus insignifiantes. Il existe parfois, seulement au début de la maladie, des accès de fièvre qui affectent un type presque périodique et qui cessent spontanément au bout d'un certain temps.

Pendant la période la plus intense, il survient des lipothymies quelquefois, mais rarement des syncopes complètes. A ces troubles s'ajoute toujours une sensation d'*angoisse précordiale* presque continue, allant parfois jusqu'à la douleur la plus vive et affectant alors la forme de l'*angine de poitrine*.

Quant aux symptômes *secondaires*, ils sont purement individuels, et par conséquent variables; mais il existe toujours une excessive irritabilité nerveuse, qui se traduit d'une façon différente, suivant les individus. Outre les hyperesthésies sensorielles, il y a des *névralgies* multiples, particulièrement de l'oreille, des *arthralgies*, des *myosalgies*.

L'invasion de la maladie est brusque et arrive avec une intensité extrême. C'est une véritable sidération du système nerveux dont le mode d'apparition est instantané. Les symptômes sont constants, avec des moments de recrudescence très-accentués. Pendant toute la durée de la maladie, il n'y a jamais un instant de retour à l'état normal. Sa durée varie de deux à quatre ans; quelquefois, elle persiste beaucoup plus longtemps. Sa terminaison ordinaire est la guérison.

Cette affection se présente quelquefois avec une prédominance très-marquée d'un seul des principaux symptômes; on la méconnaît alors aisément, si l'on n'a pas soin de s'inquiéter des symptômes concomitants, auxquels il sera toujours possible de reconnaître, même s'ils sont peu accentués, le type caractéristique de la maladie. Elle affecte deux formes : l'une grave, l'autre légère. Un *criterium* invariable les distingue : c'est le sommeil. Dans les formes graves, les nuits sont agitées par des insomnies, des cauchemars, des palpitations, une grande surexcitation cérébrale, toujours sans délire.

Dans la forme légère, au contraire, qui débute lentement, les malades dorment à peu près normalement. Entre ces deux formes extrêmes, il existe de nombreux états intermédiaires.

La névropathie cérébro-cardiaque est habituellement chronique; jusqu'à présent, l'auteur n'a recueilli qu'une seule observation à marche et terminaison aiguës. Nous ne pouvons donner ici que les grandes lignes de la description faite par l'auteur; il convient de lire cette description tout entière pour avoir une idée complète de la maladie.

Dans le paragraphe consacré au *diagnostic différentiel*, M. Krishaber s'attache à distinguer avec le plus grand soin la névropathie cérébro-cardiaque de diverses autres affections avec lesquelles on pourrait la confondre : *aliénation mentale, hypochondrie, hystérie, chlorose, ané-*

mie, congestion cérébrale apoplectiforme, vertige épileptique, vertige gastrique, affections organiques du cerveau et de la moelle épinière, ataxie locomotrice, angine de poitrine.

Cette confusion a été commise et a donné lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic. Ces erreurs, sans doute, n'ont pas d'importance sérieuse lorsqu'elles se bornent à confondre la névropathie cérébro-cardiaque avec l'hypochondrie, l'hystérie, le nervosisme, névroses qui réclament, à peu de chose près, le même traitement; elles sont beaucoup plus graves, on le comprend de reste, lorsque la névropathie est prise pour une affection organique du cerveau ou de la moelle épinière, pour une ataxie locomotrice ou pour une angine de poitrine; car alors elles entraînent le médecin à un pronostic fâcheux et à des médications intempestives, inutiles ou même nuisibles. M. Krishaber a donc rendu un véritable service aux médecins et aux malades en appelant l'attention sur des faits encore mal connus et en les soumettant à une analyse plus rigoureuse.

Plusieurs des malades dont M. Krishaber donne les observations dans son livre ont été traités à Bellevue, où ils étaient venus pour faire un traitement hydrothérapique; nous avons donc pu les suivre. L'un d'eux, qui fait le sujet de l'observation 30, est une dame qui avait été considérée comme atteinte de sclérose de la moelle, à cause des *douleurs fulgurantes* qu'elle éprouvait, et surtout à cause de mouvements ataxiques, bizarres, dont les membres inférieurs étaient le siége, mouvements tels, que la malade, depuis deux ans, ne pouvait marcher qu'avec des béquilles. Nous avions pensé, pour notre part, que l'ataxie locomotrice pouvait n'être qu'une manifestation de la maladie hystérique dont cette dame a eu sous nos yeux des attaques très-nombreuses dans les deux ou trois premiers mois de son séjour à Bellevue. M. Krishaber reconnut, dans ce cas, le syndrome de sa névropathie et écarta, comme nous, le pronostic grave que faisait craindre le premier diagnostic (sclérose de la moelle), porté par un des médecins les plus compétents en cette matière. L'événement nous a donné raison; car aujourd'hui les phénomènes ataxiques ont disparu et la malade est à peu près complétement guérie.

M. Krishaber, dans le paragraphe qu'il consacre à la *physiologie pathologique* de sa névropathie et qui est, par parenthèse, un petit chef-d'œuvre de fine et délicate analyse physiologique, résume ainsi la pathogénie de cette affection : « Excitation du système nerveux central, cérébro-spinal et vaso-moteur, d'où suractivité morbide; les nerfs vaso-moteurs produisent la contraction des petits vaisseaux, leur rétrécissement et l'ischémie consécutive de certains départements des centres nerveux, d'où encore nutrition insuffisante et épuisement; mais l'anémie et l'épuisement engendrent à leur tour l'excitation : *le cercle vicieux pathogénique se trouve constitué et les accidents deviennent continus*, aux oscillations près, qui sont le caractère essentiel de tout trouble fonctionnel. »

La névropathie cérébro-cardiaque se développe toujours chez des individus nerveux ayant des antécédents névropathiques individuels ou héréditaires; les causes efficientes sont presque toujours des émotions très-vives et souvent répétées, dans lesquelles les impressions tristes dominent. Dans quelques cas, ce sont des travaux intellectuels très-fatigants et qui exigent une grande contention d'esprit; des veilles prolongées imposées volontairement et obtenues artificiellement par des boissons excitantes; l'abus du tabac, du thé, du café; rarement les excès alcooliques ou vénériens. Assez souvent, toutes ces causes déterminantes ou la plupart d'entre elles se trouvent réunies.

Le *pronostic* doit être considéré comme constamment favorable; seulement, la durée de la maladie est toujours longue, de deux à quatre ans en moyenne.

Le *traitement* doit être à la fois *moral, hygiénique* et *pharmaceutique*. Il faut relever sans cesse le courage des malades et entretenir constamment en eux l'espoir, très-fondé d'ailleurs, de leur guérison. Il convient aussi de régler leur régime et leur hygiène : supprimer d'une manière absolue l'usage du thé, du café, du tabac, les rapprochements sexuels; conseiller le séjour à la campagne, dans des sites bien aérés, mais tempérés; l'exercice quotidien à pied ou en voiture; quand il est impossible, l'aération constante, jour et nuit, de l'appartement occupé par le malade; les inhalations d'oxygène pur, plusieurs fois par jour; les bains tièdes prolongés et répétés tous les jours; enfin, l'hydrothérapie, qui, de tous les moyens en usage, dit l'auteur, est celui qui a toujours le mieux réussi, à la condition d'être méthodiquement appliqué et d'être suivi avec régularité par les malades pendant plusieurs mois au moins. L'électricité est utile pour combattre les névralgies (courant intermittent) et l'angine de poitrine (courant continu). Quant aux médicaments proprement dits, les névrosthéniques (quinquina et ses dérivés) sont plus nuisibles qu'utiles; les ferrugineux ne donnent guère que des résultats négatifs; les strychnées aggravent les accidents nerveux; les solanées vireuses augmentent le vertige; les opiacés deviennent bientôt impuissants; les antispasmodiques seuls (*assa fœtida, valériane*, etc.) donnent de bons résultats.

Telle est, esquissée à grands traits et dans ses lignes les plus générales, la monographie

dont nous venons de donner l'analyse à nos lecteurs. Nous ne saurions trop leur en conseiller la lecture instructive et attachante. On peut ne point partager entièrement l'opinion de l'auteur sur la nécessité qu'il y avait de créer une nouvelle entité morbide et de détacher le syndrome qui la caractérise des unités morbides déjà connues sous les noms d'hystérie, d'hypochondrie, de nervosisme; peut-être trouvera-t-on un peu artificielle la construction si ingénieuse de M. Krishaber. Du moins ne peut-on nier que la description qu'il donne de sa névropathie et les observations sur lesquelles elle repose sont réellement saisissantes; que l'auteur a eu raison d'appeler l'attention sur un ensemble de symptômes encore mal connus et mal étudiés, et dont la connaissance peut être d'une grande utilité pour le diagnostic, le pronostic et le traitement de certains états nerveux, parfois si difficiles à démêler; qu'enfin, l'auteur de cette monographie y fait preuve d'un véritable talent d'observation, d'une sagacité vive et pénétrante et d'un rare esprit d'analyse.

Dr A. TARTIVEL.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Lacaze-Duthiers rend compte des observations qu'il a faites dans la Méditerranée, à bord du *Narval*, où il était embarqué avec l'agrément du ministre de la marine, sous la conduite du capitaine Mouchez. Ces observations ont eu principalement pour but de surprendre le mode de formation, l'embryogénie, en quelque sorte, des polypiers. M. Lacaze-Duthiers annonce qu'il est arrivé à des résultats fort intéressants sous ce rapport. Ces résultats feront l'objet de mémoires qui seront successivement soumis à l'Académie, en même temps que M. Lacaze-Duthiers présentera un bocal sur les parois duquel ont pris naissance une foule de petits polypiers.

M. Peligot entretient l'Académie d'un nouveau moyen de raffinage du sucre qui supprime l'emploi du sang et du noir animal.

M. le général Morin dépose sur le bureau un ouvrage en anglais dû à la plume de M. Douglas, et relatif à la construction des hôpitaux.

M. Cloquet, au nom de M. le docteur Hennequin, fait hommage de deux mémoires, l'un imprimé, l'autre manuscrit, sur les avantages de l'extension continue dans le traitement des coxalgies et de certaines fractures.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux correspondants pour la section de chimie.

Nous ne donnons pas la liste de présentation proposée à l'Académie par la commission, et arrêtée dans le comité secret de la dernière séance; nous ne la donnons pas, par cette excellente raison que cette liste n'est plus divulguée, et ne figure plus, comme par le passé, dans les *Comptes rendus*. C'est depuis la guerre qu'a été prise la résolution de ne plus livrer au public les noms des candidats; non-seulement le texte officiel des *Comptes rendus* n'en fait pas mention, mais le Président, avant l'élection même, ne les proclame pas. D'où vient cette réserve? Nous ne le savons pas. Nous supposons, avec beaucoup de collègues, que l'Académie, décidée, jusqu'à nouvel ordre, à ne pas s'adjoindre des membres allemands, ne se soucie pas de dresser des listes sur lesquelles ne figureraient plus les nombreux noms teutons qui, dans le passé, y brillaient constamment. Sur 44 votants, M. Williamson (de Londres), ayant obtenu l'unanimité des suffrages, est élu correspondant.

Une seconde élection, accomplie de la même façon ultra-discrète, donne, sur 45 votants, 36 suffrages à M. Zynnin, 7 à M. Staas, et 1 à M. Melsens. Il y a un bulletin blanc. En conséquence, M. Zynnin est élu correspondant.

M. Wurtz, au nom de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, dépose une note sur l'usage thérapeutique du chlorhydrate d'amylamine. A la dose de 0,20 ou 0,30 centigrammes par jour, cette substance agit en abaissant la température et en diminuant la fréquence des battements du pouls.

Trois membres doivent être adjoints à la section de chimie, et trois à la section de médecine pour juger les ouvrages auxquels devra être décerné le prix Lacaze dans ces deux sections. Les suffrages les plus nombreux se sont portés sur les noms de MM. Berthelot, Dumas et Peligot, pour la chimie; — et sur ceux de MM. Milne-Edwards, Robin et Lacaze-Duthiers pour la médecine.

M. Fordos adresse une note de laquelle il résulte, contrairement à l'opinion de MM. Belgrand, Dumas, Chevreul, etc., que l'eau de l'Ourcq et l'eau de Seine, malgré la présence des sels calcaires, ont une action manifeste sur les conduits en plomb.

Nous y reviendrons s'il y a lieu.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

FORMULAIRE

INJECTION CONTRE LA CYSTITE. — MALLEZ.

Teinture d'iode.	3	grammes.
Iodure de potassium.	1	—
Eau distillée	300	—

F. s. a. une solution avec le tiers de laquelle on pratiquera une injection vésicale, trois jours de suite, dans le cas de cystite chronique, avec catarrhe muqueux léger. Quand il y a de la douleur, on réduit la dose de la teinture d'iode à 1 gramme, et on ajoute 1 gramme d'extrait de belladone. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 29 NOVEMBRE 1524.

Exemple frappant de la discipline qui existait dans l'ancienne Faculté de Paris. Deux nouveaux licenciés, Écossais de nation, et se nommant Mandreston et Robert Gra, avaient cru pouvoir se dispenser, pour être définitivement docteurs, des disputes encore à soutenir, et, par une bulle spéciale du pape, ils avaient été doctorifiés. Ils en furent punis cruellement, ces pauvres docteurs par bulle (*doctores bullati*) : la Faculté les chassa de son sein. — A. Ch.

COURRIER

— Le *Times*, dans le compte rendu de la séance de la Société royale de Londres, présidée par M. Airy, mentionne un travail intéressant lu par le professeur, M. Sanderson, sur la vie des plantes.

M. Sanderson fait connaître qu'à l'irritabilité de certaines feuilles correspond un dégagement de fluide électrique analogue à celui qu'on observe dans la contraction musculaire des animaux. L'expérience est très-simple et peut être faite très-facilement.

Les deux extrémités d'une feuille de *dionée* sont placées au contact de deux électrodes non polarisables et reliés entre eux ; dans le circuit on interpose un galvanomètre de réflexion présentant une grande résistance élastique.

Aussitôt la feuille placée, on reconnaît par la variation de position de l'aiguille aimantée qu'un courant électrique passe dans l'axe de la feuille. Si, déplaçant la feuille, on se contente de placer seulement la tige de la feuille au contact des électrodes, on observe un nouveau courant électrique, mais en sens contraire du précédent. Si l'on replace la feuille sur les électrodes comme dans le premier cas, et si l'on suppose que la déviation de l'aiguille se fasse vers la gauche de l'axe de la feuille, qu'ensuite on place sur la partie supérieure, couverte de villonites, une mouche, on constate immédiatement, aussitôt le contact établi, une forte déviation de l'aiguille à droite, déviation qui coïncide avec le mouvement d'emprisonnement de la mouche.

Cette dernière, se sentant prise, s'agite, remue ; or, à chaque mouvement de l'animal, l'aiguille qui, dans ses oscillations, tend à revenir à la position d'origine, à gauche, retourne brusquement à droite, pour revenir ensuite à une station de plus en plus voisine de la position première.

Ce phénomène se reproduit lorsqu'on touche légèrement les poils de la feuille avec un pinceau ; toutefois, lorsqu'on expérimente sur une feuille ouverte, l'on remarque ce fait bizarre que le mouvement élastique ne se produit que lorsqu'il s'est écoulé au moins un intervalle de vingt minutes entre les attouchements.

Il semble que la feuille épuisée ait besoin de refaire sa force électrique pendant ce délai. Cette circonstance distingue le phénomène électrique dans les végétaux de celui qui se produit dans les animaux. Dans le muscle, la période de l'excitation latente est de un centième de seconde ; elle est d'un tiers de seconde dans la plante : en d'autres termes, si l'on peut s'exprimer ainsi, la feuille emploie trente fois plus de temps que le muscle à manifester à l'extérieur la sensation qu'elle éprouve.

— Le docteur Sichel commencera, le lundi 1er décembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, un *cours élémentaire d'ophthalmologie*, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ce cours comprendra environ trente leçons.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉPIDÉMIES CHOLÉRIQUES

1866 — 1873

Huitième note, communiquée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 28 novembre 1873,

Par M. Ernest BESNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I. État actuel de l'épidémie dans les hôpitaux et hospices civils. *Documents statistiques.* Cas intérieurs et extérieurs. — II. Hôpitaux militaires : Hôpital Saint-Martin : M. le docteur Cabrol.— Val-de-Grâce : M. le docteur Kelsch. — Gros-Caillou : M. le docteur Champenois. — III. Statistique des décès cholériques à Paris (ville et hôpitaux) pendant les mois de septembre et d'octobre 1873.

Messieurs,

Il ne reste plus dans nos hôpitaux que quelques cholériques, et l'épidémie est manifestement sur le point d'être terminée; nous n'en continuons pas moins à tenir note exacte de cette période comme nous l'avons fait pour les précédentes, et nous ne considérons pas comme close l'enquête que nous avons ouverte.

Il y a le plus grand intérêt à poursuivre avec vigilance les cas isolés qui peuvent encore se produire, et à n'en pas perdre la trace; c'est le seul moyen de retrouver ultérieurement le trait qui peut unir d'une manière latente diverses explosions épidémiques peu éloignées l'une de l'autre.

I

HÔPITAUX CIVILS.

TABLEAU *indiquant, pour l'ensemble des hôpitaux et hospices civils, du 4 septembre au 26 novembre* 1873, *et par septénaire, le nombre des cas intérieurs, des cas extérieurs, le chiffre des décès pour chacune de ces catégories, le total des cas et des décès.*

Septénaires	CAS EXTÉRIEURS — NOMBRE de cas.	CAS EXTÉRIEURS — NOMBRE de décès.	CAS INTÉRIEURS — NOMBRE de cas.	CAS INTÉRIEURS — NOMBRE de décès.	TOTAL DES CAS	TOTAL DES DÉCÈS
Du 4 au 11 septembre 1873.....	56	33	22	19	78	52
Du 11 au 18 id.	54	28	32	17	86	45
Du 18 au 25 id.	29	17	34	18	63	35
Du 25 septembre au 2 octobre	21	14	17	17	38	31
Du 2 octobre au 9.....	27	20	8	9	35	29
Du 9 id. au 16.....	33	15	7	4	40	19
Du 16 id. au 23.....	49	16	9	3	58	19
Du 23 id. au 30.....	15	10	9	6	24	16
Du 30 id. au 5 novembre.....	5	2	1	4	6	6
Du 5 novembre au 12.....	4	2	»	»	4	2
Du 12 id. au 19.....	3	4	»	»	3	4
Du 19 id. au 26.....	»	»	1	»	»	1
	296	161	140	97	435	259

État, par établissement, des malades cholériques admis, entrés et décédés dans les hôpitaux et hospices, pendant la journée du 27 novembre 1873.

	Existant au matin.	Admissions de l'ext.	Admissions de l'int.	Total.	Sorties.	Décès.	Total des sorties et des décès.	Restant au soir.
Hôtel-Dieu	3	»	»	3	»	»	»	3
Charité	2	»	»	2	»	»	»	2
Lariboisière.	1	»	»	1	»	»	»	1
Totaux. . . .	6	»	»	6	»	»	»	6

Existant le 4 septembre au matin.		»
Entrés jusqu'au 27 novembre au soir. . . .		434
Total des malades traités.		434
Sorties.	170	428
Décès	258	
Restant le 27 novembre au soir.		6

II

HÔPITAUX MILITAIRES.

Hôpital militaire Saint-Martin. — M. le docteur Cabrol :

« Depuis le 24 septembre, et jusqu'au 14 octobre, aucun cas ne s'était présenté.

Le 14 octobre est entré le nommé Fr..., atteint de choléra épidémique léger. (Sorti par convalescence le 11 novembre.)

Le 17 est entré le nommé Les..., sapeur-pompier, atteint de choléra confirmé grave. (Sorti par guérison le 4 novembre.)

Le 19 est entré le nommé Bi..., infirmier militaire, atteint de choléra foudroyant. (Est décédé dans les vingt-quatre heures qui ont suivi son entrée à l'hôpital.)

Le 27 octobre est entré le nommé Cl..., soldat au 113e de ligne, atteint de choléra épidémique. (Sorti par convalescence le 11 novembre.)

Le 27, même jour, est encore entré le nommé Lo..., soldat au 131e de ligne, atteint de choléra épidémique. (Sorti par convalescence le 11 novembre.)

Le 28 dudit mois est entré le nommé Dé..., chasseur à pied, atteint de choléra épidémique grave. (Sorti par convalescence le 11 novembre.)

Depuis le 28 octobre exclusivement, aucun cas de choléra ne s'est présenté, et le chiffre des malades, à l'hôpital, a relativement baissé. »

Hôpital militaire du Val-de-Grâce. — M. le docteur Kelsch : Aucun cas nouveau depuis le précédent Rapport. Pas d'entrants depuis quinze jours. Les malades qui ont fait l'objet de la dernière note sont convalescents.

Hôpital militaire du Gros-Caillou. — M. le docteur Champenois : Aucun cas nouveau depuis le dernier Rapport.

III

VILLE DE PARIS.

Dans une précédente note, j'ai donné le tableau statistique de l'épidémie cholérique par jour et par arrondissement dans la ville et dans les hôpitaux, et dressé l'échelle de la mortalité cholérique propre aux diverses circonscriptions. On trouvera ci-contre le tableau statistique du mois d'octobre et la continuation de l'examen comparatif de la mortalité par arrondissement depuis le commencement de l'épidémie; et on pourra s'assurer par l'examen de ces documents que, pour le choléra comme pour les autres épidémies, la mortalité varie suivant la résultante de plusieurs causes, au premier rang desquelles sont la population et les conditions de richesse, de pauvreté ou d'encombrement.

Échelle de population :

11e, 10e, 4e, 5e, 9e, 18e, 3e, 6e, 1er, 2e, 19e, 17e, 7e, 8e, 20e, 12e, 13e, 15e, 14e, 16e

Échelle de mortalité cholérique en 1873 :

1° Septembre :

18e, 4e, 10e, 12e, 11e, 1er, 15e, 17e, 14e, 5e, 19e, 6e, 7e, 3e, 2e, 20e, 8e, 16e, 9e, 13e

2° Octobre :

11e, 4e, 18e, 10e, 2e, 5e, 15e, 1er, 19e, 3e, 8e, 20e, 17e, 9e, 12e, 7e, 6e, 14e, 16e, 13e

3° Septembre et octobre réunis :

18e, 4e, 11e, 10e, 12e, 15e, 1er, 17e, 5e, 14e, 2e, 19e, 3e, 6e, 7e, 20e, 8e, 9e, 16e, 13e

Pour le mois de septembre, la mortalité cholérique de la ville et des hôpitaux avait été de :

TABLEAU indiquant le nombre des décès cholériques par jour et par arrondissement; les totaux par journée et par arrondissement; les décès quotidiens des hôpitaux; les totaux généraux du 1er au 31 octobre 1873 (1).

DATES	1er	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e	10e	11e	12e	13e	14e	15e	16e	17e	18e	19e	20e	Totaux des décès de la ville	Décès des hôpitaux	TOTAUX généraux
1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	4	7
2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	10	15
3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	8	5	13
4	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	8	5	13
5	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	3	8
6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	7	3	10
7	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	8	4	12
8	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	8	4	12
9	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	7	2	9
10	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	6	12
11	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	6	12
12	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	4	10
13	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	4	9
14	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	2	6
15	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	2	6
16	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
17	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
18	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
19	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
20	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
21	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
22	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
23	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
24	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
25	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
26	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
27	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
28	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
29	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
30	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
31	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	4
Totaux	9	10	8	17	10	6	6	7	7	11	19	6	»	4	9	3	7	14	8	7	165	106	271

(1) Voici les désignations nominales des arrondissements : 1er Louvre; — 2e Bourse; — 3e Temple; — 4e Hôtel-de-Ville; — 5e Panthéon; — 6e Luxembourg; — 7e Palais-Bourbon; — 8e Élysée; — 9e Opéra; — 10e Saint-Laurent; — 11e Saint-Antoine; — 12e Reuilly; — 13e Gobelins; — 14e Observatoire; — 15e Vaugirard; — 16e Passy; — 17e Batignolles; — 18e Montmartre; — 19 Chaumont; — 20e Ménilmontant. — Les arrondissements auxquels appartiennent les hôpitaux dans lesquels il y a eu des cholériques sont : Le 4e, l'Hôtel-Dieu; — le 5e, la Pitié; — le 6e, la Charité; — le 8e, Beaujon; — le 10e, Saint-Louis, Lariboisière, la Maison de santé; — le 12e, Saint-Antoine; — le 13e, la Salpêtrière (Vieillesse, femmes); — le 15e, Enfants-Malades, Necker.

575 décès, dont 394 à domicile et 181 à l'hôpital, soit :
68,52 p. 100 à domicile et 31,47 seulement dans les hôpitaux.

Pour le mois d'octobre, la mortalité cholérique est de :

271 décès, dont 165 à domicile et 106 dans les hôpitaux, soit :

60,88 p. 100 en ville et 39,11 à l'hôpital, différence peu considérable, mais suffisante cependant pour établir que la population qui demande asile aux hôpitaux a été délivrée un peu moins rapidement que celle qui conserve ses malades.

La mortalité cholérique totale des deux mois réunis, septembre et octobre, a été de 846 décès : 559 pour la ville; — 287 pour les hôpitaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SUR LE SABLE INTESTINAL (1);

Communication faite à l'Académie de médecine, le 18 novembre 1873,

Par M. le docteur A. LABOULBÈNE.

§ II.

Deuxième fait. — X..., âgé de 51 ans, maigre et blond, paraît plus vieux que son âge; il est d'une constitution arthritique et atteint d'hémorrhoïdes. Il a souffert de douleurs musculaires et articulaires depuis son enfance, sans avoir jamais eu d'attaque de rhumatisme aigu. A 40 ans, il a rendu de la gravelle phosphatique pour le traitement de laquelle il a pris les eaux de Vichy qui l'ont fatigué sans le guérir, et plus tard les eaux sulfureuses qui l'ont beaucoup soulagé. Actuellement, mai 1868, X... n'a plus de gravelle dans ses urines, mais il est sujet à de fréquents accès de gastralgie et d'entéralgie, et, de plus, tourmenté par une constipation rebelle.

Les organes thoraciques sont à l'état normal; les bruits du cœur sont nettement frappés sans lésion valvulaire, soit à la pointe, soit à la base; mais, à diverses reprises, il y a eu de petits accès d'asthme nocturne.

L'appétit est irrégulier, capricieux, et le malade, devenu hypochondriaque, s'occupe beaucoup de ses déjections, qui sont rares et accompagnées de douleurs anales. Enfin, il vient surtout me consulter pour de petits corps ressemblant à de fins graviers et qu'il a trouvés dans le papier de toilette en allant à la garde-robe. Il a rassemblé patiemment une assez grande quantité de ces corpuscules.

J'ai, à plusieurs reprises, vu X..., qui m'a donné à examiner ses urines; celles-ci n'offraient plus de gravelle phosphatique. Chaque fois il m'apportait une petite provision de matière sableuse intestinale, recueillie par lui avec un soin particulier; j'en ai fait souvent l'examen anatomique.

Les granulations sont jaunâtres, assez égales entre elles, ayant un tiers à un demi-millimètre de diamètre, les moindres seulement 2 à 3 dixièmes de millimètre. La loupe fait voir de suite qu'elles sont irrégulières sur leur surface.

Au microscope, on trouve que presque toutes ces granulations sont hérissées de petites pointes cristallines et prismatiques. D'autres sont, au contraire, formées par des cellules végétales à paroi épaisse et à noyau volumineux.

Il y a enfin des granulations constituées par des fragments à cassure nette, semblables à du verre finement brisé. Ces fragments sont identiques aux débris siliceux qui forment le sable ordinaire.

L'analyse chimique faite par le docteur Méhu a donné les résultats suivants :

« Ces granulations fines, ou graviers expulsés par l'anus, sont de couleur jaunâtre, et les plus petites ont quelque ressemblance avec les semences de digitale; elles se laissent difficilement écraser dans un mortier d'agate, cette résistance rend l'écrasement imparfait, il semble qu'on ait affaire à la sciure d'un bois dur.

« Elles avaient déjà été soigneusement lavées à l'eau avant de m'être remises. Traitées par 20 à 25 fois leur volume d'éther, ces granulations ne lui cèdent qu'une très-petite quantité de matière grasse qui fait une tache légère sur le verre. Cette tache, insoluble dans l'eau, montre au microscope des globules graisseux faciles à reconnaître. Tout produit expulsé par le rectum contient, à peu près, cette proportion de matières grasses.

« Après avoir épuisé l'action de l'éther, ces granulations sont traitées par l'alcool bouillant;

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

on obtient, par l'évaporation de l'alcool, une matière grasse demi-solide, dans une plus grande proportion qu'avec l'éther, et une petite quantité de matière jaune qui ne possède aucun des caractères des matières colorantes jaunes de la bile (bilirubine, bilifulvine).

« 0 gramme 375 de ces granulations (épuisées par l'eau, l'alcool, l'éther) desséchées à la température de 100, ont donné un résidu minéral qui pèse 0 gramme 008, soit un poids de matière minérale de 2 grammes 13 p. 100.

« Ainsi donc, débarrassées de la petite quantité de graisse qui les imprègne, ces granulations contiennent :

Matières organiques	97,87
— minérales anhydres .	2,13

« Pendant l'incinération, ces granulations n'ont pas dégagé l'odeur bien connue des matières albuminoïdes; au contraire, les vapeurs qui s'en dégageaient au commencement de leur carbonisation avaient une réaction acide très-prononcée au papier de tournesol, ainsi que cela arrive avec les substances végétales, ordinairement peu azotées.

« Le résidu minéral n'était pas d'abord parfaitement blanc; en versant deux gouttes d'eau distillée, puis une goutte d'acide azotique qui est arrivé peu à peu le long de la capsule de platine, il n'y a pas eu d'effervescence ou, du moins, l'effervescence a été à peine marquée, preuve de l'abscence presque complète des carbonates. En évaporant et incinérant de nouveau, la petite trace de charbon résultat d'une première incinération incomplète a disparu rapidement et la cendre est devenue d'une parfaite blancheur. C'est ce résidu qui pesait 8 milligrammes.

« Dissous dans l'acide azotique étendu d'eau, ce résidu minéral donne : 1° un abondant précipité jaune, de phospho-molybdate d'ammoniaque par l'addition d'une solution dans l'acide azotique de molybdate d'ammoniaque, preuve de la présence de l'acide phosphorique; 2° un précipité blanc par l'addition de l'ammoniaque liquide; ce précipité devient cristallin, et au microscope, vingt-quatre heures après sa formation, on y rencontre des prismes nombreux, très-nets, de phosphate ammoniaco-magnésien; 3° il ne donne pas de précipité sensible par le chlorure de baryum, preuve qu'il ne contient pas de sulfates.

« En résumé, la matière minérale, soluble dans l'acide azotique, est à peu près exclusivement formée par du phosphate de chaux et de magnésie.

« Probablement, dans le produit naturel le phosphate de magnésie est à l'état de phosphate ammoniaco-magnésien, ce qui semble justifié par les apparences cristallines de la matière naturelle.

« Mais l'acide azotique a laissé indissous des graviers, la plupart microscopiques, et d'autres très-visibles à l'œil, sensibles au toucher, en partie transparents (vus au microscope), infusibles au chalumeau dans une perle de sel de phosphore en fusion dans un anneau de platine, insolubles dans les acides concentrés, rayant le verre, ce qui démontre bien leur nature siliceuse. Ce sont donc des petits graviers siliceux, comme ceux que l'on trouve dans la farine, dans le pain, provenant des meules siliceuses, des poussières des blés, etc. »

On voit nettement, après ces examens, que la supercherie n'était pas possible au sujet de la matière sableuse ou des petits graviers donnés par X... Nul doute ne saurait être élevé à cet égard.

Comme pour la première malade, je me suis enquis de l'alimentation, et X... m'a dit et répété qu'il était grand amateur de fruits et de légumes, et qu'il mangeait habituellement beaucoup de pain à ses repas. Je lui ai prescrit une alimentation dans laquelle les végétaux entreraient pour un tiers seulement, les deux autres tiers étant composés d'aliments azotés : lait, œufs, viandes. De plus, l'eau minérale de Chateldon, et enfin de régulariser les garde-robes avec une ou deux tasses de la tisane préconisée par le professeur Hardy, avec les fleurs de pensée sauvage et les follicules de séné. Sous l'influence de ce traitement, X... s'est trouvé mieux. Cependant, pendant un hiver passé à Paris, il m'a plusieurs fois apporté quelques grains de matière sableuse toujours identique. Je l'ai, finalement, perdu de vue.

Il est incontestable que le sable intestinal rendu par X... est différent de celui offert par la première malade. On remarquera cependant qu'il renferme aussi de la silice, mais en quantité moindre. Ce qui domine est le phosphate ammoniaco-magnésien, puis la substance non azotée, ressemblant à celle des cellules végétales.

§ III.

Troisième fait. — J'ai, pendant mon séjour à l'hôpital Saint-Antoine, soigné, à la consultation, une femme qui m'apportait du sable intestinal recueilli par elle dans ses garde-robes.

Cette femme, âgée de 48 ans, femme d'un maraîcher, avait toujours eu les entrailles délicates. Elle s'était aperçue, depuis quelque temps, que les matières alvines, dures, étaient parsemées de petits grains rougeâtres. J'ai pu en rassembler une certaine quantité, remise en plusieurs fois.

L'examen microscopique m'a montré que les granulations, plus grosses que celles réunies par X... (deuxième fait), étaient roussâtres; la plupart avaient un demi-millimètre de diamètre. Leur surface, à la loupe et au microscope, était revêtue de prolongements prismatiques, sous la forme de cristaux irréguliers.

J'ai nettement constaté la présence de cellules végétales, et même de petites graines orbiculaires, ayant un sommet pointu, recourbé, et remplies de tissu végétal. L'analyse de ces grains roussâtres a fourni à M. Méhu les résultats suivants :

« J'ai répété, sur les granulations étiquetées n° 3 (troisième fait), les mêmes opérations que sur le n° 2; ces granulations étaient généralement plus grosses.

« Elles ont donné 2 gr. 42 p. 100 de matières minérales anhydres, lesquelles ont présenté les mêmes réactions que celles du n° 2.

« L'opération a été faite sur 0 gramme 174. »

Il est presque inutile de faire remarquer l'analogie avec le deuxième fait; mais je dois dire que je me suis assuré que cette femme mangeait beaucoup de végétaux herbacés, et la profession de son mari lui permettait de satisfaire ses goûts pour cette alimentation.

Quatrième fait. — Un homme d'environ 50 ans, venu de la province à Paris pour consulter, a dû voir, en même temps que moi, un grand nombre de médecins. Il m'a montré une matière sableuse qu'il disait avoir rendue par l'anus après de vives douleurs abdominales. Le malade était nerveux, exagéré dans le récit de son mal, sujet à des douleurs d'entrailles avec flatulence; je ne lui ai trouvé aucune lésion organique.

Je ne l'ai vu qu'une fois, en février 1870, et il m'a remis avec peine quelques-uns des grains sablonneux. Je les ai examinés et montrés à M. Méhu.

Nous avons reconnu que les granulations ressemblaient complétement aux n°s 2 et 3 (deuxième et troisième faits) par la structure et par l'aspect extérieur. La quantité en était trop petite pour un examen chimique complet, à moins de tout sacrifier. Plusieurs grains rayaient le verre.

§ IV.

Cinquième et sixième faits. — Au mois de novembre 1872, j'ai vu, dans le laboratoire de M. Méhu, deux tubes renfermant de la matière sableuse, et que j'ai reconnue sans hésitation. Ces granulations avaient été rendues dans les matières alvines. En voici la composition chimique :

Le n° 5 donnait 2 grammes 58 p. 100 de résidu minéral. La composition de ce résidu était semblable à l'analyse faite pour le deuxième fait. Dans une seconde incinération, le résidu minéral fait avec les mêmes granulations (n° 5) s'élevait à 3 grammes 32 en poids; mais ce résidu contenait un fragment siliceux rayant le verre, d'un volume assez considérable, et c'est ce fragment qui contribuait à élever si haut le poids des substances minérales.

Le n° 6 donnait 2 grammes 41 p. 100 de matières minérales anhydres. Il y avait une minime quantité de carbonates et de la silice en grains. La masse contenait surtout du phosphate de chaux et du phosphate de magnésie.

§ V.

J'arrive au point le plus délicat et le plus difficile de ce travail, car il me faut rechercher actuellement les différences et les analogies du sable intestinal avec les autres produits intestinaux qui lui ressemblent le plus.

A. La matière sableuse que j'ai décrite diffère, par sa composition, de la gravelle biliaire (1) ou du sable biliaire indiqué par Frerichs, et formé tantôt de petits calculs tout à fait semblables, pour la structure, à ceux d'un plus grand volume; tantôt de dépôts pulvérulents et amorphes de matières colorantes de la bile et de cholestérine, seules ou mélangées.

B. Les granulations du sable intestinal ne peuvent être confondues avec les matières stercorales durcies qui ont été trouvées dans l'appendice iléo-cœcal. Le volume de celles-ci est variable; mais rarement il est au-dessous de la grandeur d'une lentille ou d'un grain de blé; souvent ce volume est plus considérable.

Je dois à M. le professeur Depaul une observation que je rapporte en note (2), et dans

(1) Fr.-Th. Frerichs, *Traité des maladies du foie*, trad. Duménil et Pellagot, p. 709 et 717 (1862). Le nombre de ces petites concrétions recueillies dans les voies biliaires, et notées par divers observateurs, dépasse quelquefois 1 à 2,000. Morgagni en a compté 3,000; Hoffmann 3,646; Frerichs en a trouvé une fois 1,950; une vésicule en renfermait 7,802.

(2) Un homme de 24 ans, d'une constitution athlétique, est apporté à l'hôpital; on le croit atteint de hernie étranglée ou d'invagination intestinale. Il arrive mourant.

A l'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort, on trouve un liquide séro-

laquelle un corps allongé, du volume d'une petite amande, et engagé dans l'appendice vermiforme, a occasionné une perforation et la mort. L'analyse a été faite par M. Berthelot : il y avait du phosphate de chaux et du carbonate de chaux.

C. Le sable intestinal ne peut être confondu avec le phosphate ammoniaco-magnésien cristallisé et qui sort du gros intestin chez les malades atteints de fièvre typhoïde, de dysenterie, etc., indiqué par Vauquelin, Berzélius, Donné, Lebert (Ch. Robin et F. Verdeil, *Traité de chimie anatomique et physiologique*, p. 314-316, 1853).

D. La matière sableuse intestinale diffère aussi des sels magnésiens cristallisés, rendus en nombre, mais à l'état isolé et visibles seulement au microscope, chez les personnes purgées avec du sulfate ou du citrate de magnésie, chez celles qui ont fait usage de magnésie calcinée.

E. Elle diffère encore du phosphate ammoniaco-magnésien à peu près pur et rendu quelquefois en grande quantité, par des sujets ayant une alimentation presque exclusivement végétale. Je place sous les yeux de l'Académie un très-bel exemple de cette substance que je dois à l'obligeance de M. le professeur Robin.

Voici les renseignements précis que j'ai reçus à ce sujet : M. le docteur Privat a vu, aux eaux de la Malou (Hérault), une femme de la campagne qui rendait une matière terreuse, et semblable à de la cendre jaunâtre, dans ses garde-robes. Cette femme ne mangeait pour aliment principal que du pain grossier, sans viande, sans aucun aliment azoté. Le changement de régime alimentaire la guérit rapidement. La matière cendrée renfermait exclusivement du phosphate ammoniaco-magnésien.

F. Le sable intestinal de si petit volume n'a, au premier abord, qu'une ressemblance éloignée avec la grosse concrétion intestinale dont Magnus Huss et Mosander ont rapporté l'observation, et cependant il y avait là un noyau central formé par des substances végétales (cariopses d'avoine), de la silice, venues du dehors, et une masse enveloppante formée dans l'intestin. La matière sableuse elle-même a un noyau siliceux ou organique et une couche corticale. Nous trouvons donc un mode de formation analogue.

G. Enfin, dans la dernière édition du Dictionnaire de Nysten (13e édition, p. 1226, figure 338, 1873), M. Ch. Robin a figuré les concrétions, dites pierreuses, que l'on trouve dans certaines variétés de poires, et qui parcourent l'intestin sans être digérées. Ces graines dures sont formées par la réunion en groupes, de cellules ovoïdes et allongées, à parois très-épaisses et pourvues de canalicules rayonnants à partir de la cavité centrale, très-étroite, de chaque cellule particulière. Ces granulations, d'origine végétale, ont la plus grande analogie avec celles dont j'ai plusieurs fois parlé.

En résumé, je puis dire que la matière sableuse intestinale, différente de la gravelle biliaire et des concrétions stercorales, reconnaît pour origine des matières siliceuses ou organiques végétales venues du dehors. A ces noyaux, comme autour d'un centre, des couches de matières azotées et du phosphate ammoniaco-magnésien se déposent comme sur un corps étranger quelconque séjournant dans le gros intestin.

Les granulations du sable intestinal ne sont donc point analogues aux calculs rénaux, mais, au contraire, aux calculs vésicaux, ayant pour centre ou noyau un corps venu dans la vessie et encroûté de substance calcaire.

§ VI.

De cet exposé, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° On peut quelquefois trouver dans les garde-robes une matière sableuse, que je propose d'appeler *sable intestinal*.

2° Cette matière ressemble beaucoup à du sable jaunâtre ou brunâtre, dont les grains les plus gros auraient les trois quarts d'un millimètre et même un millimètre de diamètre, et les plus petits deux à trois dixièmes de millimètre. La surface en est inégale et revêtue de prolongements en forme de cristaux irréguliers.

purulent dans les parties déclives de l'abdomen et un grand nombre de fausses membranes récentes faisant adhérer entre elles des anses intestinales.

L'appendice iléo-cœcal est doublé de volume; il est brunâtre; on reconnaît, après l'avoir incisé avec grand soin, que sa face interne est recouverte de productions pseudo-membraneuses et de petites ulcérations. Les tuniques propres de l'appendice sont perforées en deux endroits; et enfin une concrétion allongée, ayant la forme d'une petite dragée, de consistance de mastic, est engagée dans l'appendice vermiforme.

Plus tard, je constate avec M. Berthelot que la concrétion desséchée, ovoïde, ressemble à un noyau de datte; sa couleur est brunâtre et rappelle celle des excréments desséchés; elle est devenue ferme et se brise facilement. La partie centrale est un peu moins colorée, et toute la masse est formée de couches semblables, superposées et concentriques. L'analyse chimique a fait reconnaître à M. Berthelot que cette concrétion renfermait partout du phosphate de chaux, du carbonate de chaux et de la matière organique.

3° L'examen anatomo-pathologique fait constamment reconnaître dans le sable intestinal des particules siliceuses, encroûtées de matières organiques et de phosphate ammoniaco-magnésien.

4° Dans un grand nombre de cas, en même temps que la silice, on trouve des cellules végétales inattaquées par les liquides actifs de l'estomac et de l'intestin.

5° Le sable intestinal provient du dehors, il paraît se former à la suite d'une alimentation trop exclusivement végétale et par l'ingestion inaperçue, ou peut-être volontaire (*premier fait*), de particules siliceuses.

6° Les moyens qui paraissent les plus utiles à employer sont les purgatifs modérés et l'alimentation azotée prédominante.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

DU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE PAR LA DILATATION PROGRESSIVE, par T.-B. CURTIS, D.-M., interne lauréat des hôpitaux de Paris, etc. In-8°. Paris, 1873. Librairie de J.-B. Baillière et fils.

Ce travail, qui a été couronné par la commission du prix Civiale pour l'année 1872, a été composé sous l'inspiration de M. le docteur Guyon, chirurgien de l'hôpital Cochin. En voici les principales conclusions :

« La dilatation temporaire, lorsqu'elle est appliquée conformément aux indications, et suivant les règles, est un bon traitement pour les rétrécissements simples, d'origine plus ou moins récente, et non traumatiques, n'ayant pas subi de traitement antérieur. Elle donne encore des résultats très-satisfaisants dans un certain nombre de cas qui ne remplissent pas toutes ces conditions, surtout si on a recours au procédé qui consiste à laisser séjourner la bougie de cinq à quinze minutes, au lieu de l'enlever immédiatement. Elle est d'une *innocuité* presque absolue lorsqu'elle est employée conformément aux règles. — *La durée du traitement*, en moyenne de vingt-huit jours, ne dépasse guère celle des autres méthodes, surtout si on tient compte des soins préparatoires et consécutifs que celles-ci nécessitent presque toujours.

Ce procédé a le précieux avantage de ne pas *condamner les malades au lit;* le malade de ville peut continuer à vaquer à ses affaires, tout en subissant le traitement, qui n'exige qu'une visite au médecin tous les deux ou trois jours, de quelques minutes de durée; l'ouvrier peut se faire soigner à la consultation de l'hôpital, sans interrompre son travail, sans qu'il devienne nécessaire de lui donner un lit.

La dilatation ne doit pas avoir la prétention de *guérir* radicalement les rétrécissements, pas plus que ne le font les autres méthodes de traitement; celles-ci, comme celle-là, doivent être suivies de *soins consécutifs*, prolongés indéfiniment; toutes les méthodes sont suivies de récidives plus ou moins promptes, lorsque le traitement consécutif est négligé par les malades. — Les récidives ne sont ni plus fréquentes ni plus promptes après le traitement par la dilatation qu'après l'emploi des autres méthodes.

Les effets curatifs de la dilatation temporaire ne se produisent pas instantanément; mais ils vont en se développant *graduellement*; par conséquent, la dilatation temporaire ne convient pas dans les cas où il est urgent de rétablir immédiatement le cours des urines. Dans ces cas, l'uréthrotomie interne ou la divulsion doivent lui être préférées. — La dilatation temporaire est impuissante contre les rétrécissements dits irritables; elle est également impuissante contre les rétrécissements élastiques.

Ce procédé est nuisible dans certains cas où le traitement vient à être compliqué d'accidents phlegmasiques, et surtout dans les cas où il y a des altérations chroniques des reins.

La dilatation *permanente* est un procédé qui ne mérite point d'être appliqué d'une manière générale. Elle n'a aucun des avantages du premier procédé, ni son innocuité relative, ni son efficacité au point de vue de la durée des résultats. »

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA RAGE, par M. C. LEBLANC, vétérinaire. In-8°, Paris, 1873. Typographie Renou, Maulde et Cock.

Nous avons rendu compte, dans le n° 69, 12 juin 1873, de cet intéressant mémoire, qui a été lu à l'Académie de médecine.

ÉTUDES SUR LES CHANCRES DU COL UTÉRIN (chancre simple, chancre syphilitique), par Ch. SCHWARTZ, D.-M. In-8°. Paris, 1873. Adrien Delahaye, libraire.

Bonne monographie, dont voici le résumé :

Les chancres du col (simples ou syphilitiques) sont moins rares qu'on ne le croit en général.

Tous deux n'ont de caractères propres que pendant un temps très-court de leur évolution.

Tous deux ont une tendance très-marquée à guérir spontanément et très-rapidement.

Ni l'un ni l'autre ne réclament de traitement actif.

Le chancre syphilitique et le chancre simple peuvent être distingués l'un de l'autre.

C'est souvent moins l'aspect de la lésion utérine que l'examen de la région vulvaire qu fournit les éléments du diagnostic.

DES MÉLANODERMIES et, en particulier, d'une mélanodermie parasitaire, par le docteur S.-Paul FABRE, médecin des mines de Commentry, etc. In-8°. Paris, 1872. J.-B. Baillière, libraire.

Travail consacré au développement des propositions suivantes :

La mélanodermie est caractérisée par une augmentation circonscrite ou diffuse dans la pigmentation normale de la peau.

Quand la mélanodermie est congénitale, elle n'est liée à aucun état morbide; elle est *essentielle.*

La mélanodermie acquise est, au contraire, presque toujours *symptomatique.*

Les mélanodermies acquises, *de cause interne*, peuvent dépendre soit d'un trouble général de la nutrition (cachexie), soit d'une lésion centrale encore mal définie et mal localisée (altérations des capsules surrénales, du grand sympathique abdominal, des ganglions lymphatiques abdominaux, etc.). Elles peuvent être aussi *sympathiques* de la grossesse.

Les mélanodermies acquises, *de cause externe*, sont dues à une excitation, qui est tantôt mécanique (influence des vents sur la production du hâle, action du frottement dans les cas de lichen et de prurigo), tantôt vitale (action des vésicatoires, névralgie); d'autres fois physique (influence de la radiation lumineuse dans le hâle solaire, de la radiation du calorique dans les éphélides ignéales).

Il existe une mélanodermie occasionnée par la présence prolongée de parasites animaux sur la surface cutanée.

Une teinte bronzée, diffuse, plus accusée sur les régions du corps qui sont à l'abri de la lumière et des frottements, presque toujours un prurigo concomittant, souvent des excoriations épidermiques, et toujours des poux en grand nombre, sinon actuellement, au moins dans un passé récent : tels sont les principaux caractères de la mélanodermie phthiriasique.

Elle diffère des mélanodermies de cause interne, en ce qu'elle est compatible avec la santé; que ni la face, ni les mains, non plus que les muqueuses, ne sont envahies par la pigmentation, et qu'elle tend à disparaître dès que les parasites sont détruits.

Elle se distingue aussi très-nettement des autres mélanodermies de cause externe : par son siége, elle diffère du hâle et des éphélides, qui sont marqués surtout aux parties découvertes; par sa diffusion, elle diffère du pityriasis et des autres mélanodermies à parasites végétaux, qui sont plus localisées, bien limitées, et siégent indifféremment aux parties cachées ou exposées à la lumière; par sa diffusion encore, elle se distingue des diverses formes de mélanodermies circonscrites.

La mélanodermie phthiriasique commence à pâlir dès que les poux ont disparu. Aussi les fumigations cinabrées et les bains sulfureux, qui suppriment la cause, sont-ils le traitement le plus efficace de cette mélanodermie.

HISTOIRE DE LA FÈVE DE CALABAR, par Édouard TISON, D.-M. In-8°, Paris, 1373. Ad. Delahaye, libraire.

Bonne monographie, comprenant six chapitres : Botanique, chimie, pharmacologie, physiologie, thérapeutique, toxicologie de la fève de Calabar, et que devront consulter tous ceux qui auront à écrire désormais sur la thérapeutique et la matière médicale. Si la connaissance de quelques propriétés physiologiques et toxicologiques de cette substance est due aux étrangers, c'est en France qu'a été découvert le principe actif de cette plante, et qu'un nouvel alcaloïde, l'ésarine, a été extrait de sa graine par M. A. Vée.

PHARMACIE

PRÉPARATION DE LA DIASTASE;

Par M. E. PERRET, pharmacien de 1re classe.

1° L'orge que j'ai fait germer avec soin, est prise toute humide et gonflée, elle est pistée avec la plus minutieuse attention, et sans aucune addition de sel alcalin; la germination a été opérée avec de l'eau distillée, ainsi que le gonflement.

2° La masse pistée est soumise à l'action de l'eau distillée froide à 15° tout au plus, et avec six fois son volume d'eau. On laisse déposer vingt-quatre heures au frais, on presse et l'on porte lestement la température à 70°; l'albumine végétale non transformée se coagule seule. La liqueur est refroidie le plus promptement possible au moyen de rafraîchissoirs circulaires et de ventilateurs à air frais.

Puis, étendue dans des chaudières plates, elle est soumise à une évaporation ne dépassant jamais 50°, d'un double courant d'air chaud venant lécher la surface du liquide et sans agitation.

Lorsque la solution est évaporée au volume exact de la moitié de l'orge employée, elle est traitée par six fois son poids d'alcool aussi fort que possible, mélangé à un centième d'éther. La diastase, les sels, l'albuminose, sont précipités; les matières grasses restent en dissolution. Ce précipité pourrait, à bon droit, déjà servir, mais il ne se conserve pas; il est essoré, puis mis en contact avec le double de son volume d'eau distillée froide.

Voici ce qui arrive : L'albumine, précipitée par l'alcool, perd sa solubilité momentanément dans l'eau distillée et reste à l'état vaseux; après deux heures de macération, on filtre, on lave le résidu avec un peu de nouvelle eau, on concentre cette dernière liqueur qui renferme alors la diastase à peu près pure, d'où on la précipite par une addition d'alcool absolu. La diastase se précipite, à ses dissolutions étendues, sous forme de flocons blancs légers s'agglomérant par l'agitation, de solutions concentrées en flocons plus denses moins blancs, devenant filamenteux et presque cassants par l'agitation.

Lavée avec un peu d'alcool neuf et séchée, elle est ambrée, cassante, a une odeur *sui generis*, et, pour obtenir d'elle toute son action zymotique, il est nécessaire de la laisser pendant une heure ou deux (comme pour la pepsine dans ces circonstances), reprendre toute son eau d'hydratation, elle se gonfle d'abord et finit par se dissoudre, alors elle jouit de toutes ses propriétés au plus haut degré, et, sèche, elle se conserve indéfiniment.

FORMULAIRE

INJECTION CONTRE LA CYSTITE. — MALLEZ.

Permanganate de potasse.	3	grammes.
Eau distillée.	300	—

Faites une solution avec le tiers de laquelle vous pratiquerez une injection vésicale, trois jours de suite, dans le catarrhe chronique de la vessie, quand l'urine est purulente et ammoniacale.

Au permanganate de potasse on peut substituer la même dose d'hyposulfite de soude. — Les injections vésicales seront d'autant plus tièdes, que les envies d'uriner seront plus fréquentes. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 2 DÉCEMBRE 1749.

Mme de Tencin meurt à Paris. Charles Collé raconte, à cette occasion, une anecdote que nous voulons croire être une infâme calomnie, car elle attaque un des médecins les plus illustres de la Faculté de Paris : « Madame de Tencin a fait son légataire universel, son frère, le cardinal de Tencin; mais à peine lui laisse-t-elle de quoi payer les legs particuliers. Le médecin Astruc, à qui l'on prétend qu'elle a mis, de la main à la main, beaucoup d'effets mobiliers, est grièvement soupçonné d'avoir volé la succession. L'on en parle sur ce ton dans le monde, et il n'y a qu'une voix sur cette spoliation. S'il ne l'a pas faite, du moins n'a-t-il eu aucune délicatesse, riche comme il est d'environ un million, d'accepter deux cens ou deux cens quarante mille livres, à quoi l'on prétend que montent les effets que lui a remis Madame de Tencin, dont quelques héritiers sont mal à leur aise; témoin M. d'Argental. »—A. Ch.

COURRIER

Par décret en date du 26 novembre 1873, M. de Fourtou, membre de l'Assemblée nationale, a été nommé ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en remplacement de M. Batbie, dont la démission a été acceptée.

— Par décret en date du 27 novembre, M. Desjardins, membre de l'Assemblée nationale, est nommé sous-secrétaire d'État au ministère de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — Par arrêté en date du 20 novembre courant, le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, a déclaré vacante la chaire de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Les candidats à cette chaire devront faire parvenir leurs demandes, titres et justifications, à ladite École et au Conseil académique.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Verneau (René), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de la chaire d'anthropologie au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Deramond, décédé.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Pihan-Dufeillay, professeur de chimie appliquée à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur de pharmacie à ladite École, en remplacement de M. Audouard.

M. Audouard, professeur de pharmacie à ladite École, est nommé professeur de chimie appliquée, en remplacement de M. Pihan-Dufeillay.

— M. Kirchberg, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de pathologie et de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. Roulland, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Vastel, décédé.

UN BOURREAU TROP SENSIBLE. — Dans la Notice biographique que M. le docteur Le Duc a consacrée au savant conservateur de la bibliothèque de Versailles, M. le docteur J.-A. Le Roi, on trouve l'enecdote suivante :

« Un jour, appelé en toute hâte auprès d'un malade, Le Roi, après examen, juge qu'une saignée est urgente ; il engage un homme présent à vouloir bien l'assister, et il lui confie la cuvette. Aux premières gouttes de sang l'aide s'évanouit et laisse échapper le vase. Son devoir rempli auprès des deux malades, Le Roi se retire, et le lendemain il apprend que le sujet si impressionnable est le bourreau de la ville ; la femme de ce dernier ajoute que la vue du sang produit toujours le même effet sur son mari. »

Comment donc s'y prenait Monsieur de Versailles quand il lui fallait exécuter les arrêts de la justice ?

LE BISTOURI DE LA FISTULE DE LOUIS XIV. — Le bistouri qui servit à cette opération toute royale a été conservé dans les collections de la Faculté de médecine de Paris, et Malgaigne, professeur de médecine opératoire, avait pour habitude, lorsqu'il venait à faire l'histoire du bistouri, de commencer sa leçon par celui que Félix avait employé dans cette grave circonstance. Il me semble encore l'entendre, tenant en main le petit instrument, dire aux élèves, de sa voix stridente : « Le voici, oui, le voici, le fameux bistouri qui servit à la grande opération du grand roi Louis XIV, si courageux au passage du Rhin qu'il ne passa jamais, et qui tremblait devant l'acier chirurgical. » (Le Duc, Biographie de M. J.-A. Le Roi.)

— Un concours est ouvert pour une étude sur l'importance hygiénique du repos du dimanche au point de vue de tous, et en particulier de ceux qui sont voués aux professions laborieuses.

Indiquer sous une forme aussi populaire que possible :

1° Les effets favorables de ce repos pour l'individu à ses différents âges et son influence tant sur la famille que sur la nation.

2° Les maladies qu'un travail continu provoque ou aggrave chez ceux que leurs occupations privent du repos hebdomadaire, par exemple les ouvriers des métiers assujettissants, ceux de certains ateliers et usines, les employés des chemins de fer, des télégraphes, des postes, etc.

3° Les applications pratiques qui découlent des considérations et des faits qui auront été exposés.

Une somme de 1,200 fr., en un seul prix ou répartie en accessits, est mise dans ce but à la disposition du jury.

Le terme du concours est fixé au 30 septembre 1874.

Les mémoires seront en langue française ou allemande, ou bien accompagnés d'une traduction, et devront être lisiblement écrits.

Ils porteront une devise qui sera répétée sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur. — Ils seront adressés au plus tard le 30 septembre 1874 au président de la Société suisse pour la sanctification du dimanche, place de Champel, 497, tranchées de Plainpalais, à Genève.

Les mémoires couronnés deviendront la propriété de la Société qui ouvre le concours.

Le jury sera composé de MM. les docteurs Bourgeois (Berne), président du jury ; Bonnard (Lausanne), Dunant (Genève), Cornaz (Neuchâtel), Ernst, professeur (Zurich), Favarger (Neu-

châtel), Hægler (Bâle), Kœcher, professeur (Berne), Lombard, Senior (Genève), de Laharpe, Phil. (Lausanne), de Mandach (Schaffhouse).

LA FOUDRE ET L'INSOLATION. — Un Américain a calculé les chances de la mortalité causée par la foudre. Il a pris pour base les derniers recensements, dans lesquels nous trouvons que, pendant l'année entière de 1870, il y a eu, aux États-Unis, 202 morts par la foudre. Sur les 202 personnes tuées, il se trouvait 148 hommes et seulement 54 femmes. Le nombre total des morts, pour toutes sortes de causes, a été de près de 500,000. On trouve 2,437 morts par causes diverses contre une par la foudre, et une personne foudroyée sur 198,883 personnes vivantes. Il est remarquable que c'est, tant pour les hommes que pour les femmes, dans l'âge de dix à trente ans que la mortalité par la foudre fait le plus de victimes. L'époque fatale est de 10 à 15 ans.

Il n'y a eu, en 1870, que 11 morts de plus par la foudre qu'en 1860, quoique dans cette période la population se soit accrue de plus de sept millions.

En 1860, il y avait eu 48 morts par la foudre sur 100,000 morts par autres causes; en 1870, la proportion n'a été que de 42.

Tandis qu'il y a eu seulement, en 1870, 202 personnes tuées par la foudre, il y a eu 397 morts par insolation, près de la moitié plus. Cependant personne ne tremble en voyant le lever du soleil, tandis que beaucoup de monde s'effraye quand il tonne. La proportion des morts par insolation a diminué, dans les dix dernières années, de 91 à 81 sur 100,000. Il est probable que ce chiffre décroîtra encore par un redoublement de précautions, mais qu'il restera toujours plus élevé que le chiffre de la mortalité par la foudre.

Il faut noter qu'il y a eu 1,345 morts par suicides contre 202 personnes foudroyées : en d'autres termes, un individu a six fois plus de chances d'être tué par lui-même que par la foudre. (*London medical Record.*)

BICÊTRE. — Les admissions à l'hospice de Bicêtre sont suspendues jusqu'à nouvel ordre. Les pensionnaires de l'aile de la grande cour, aile qu'on a dû évacuer, vu le mauvais état des bâtiments, sont installés dans les autres bâtiments de l'hospice.

Ceux qui n'y ont pu trouver place reçoivent une indemnité qui leur permet de se loger ailleurs pendant la durée des travaux de réparation.

SALPÊTRIÈRE. — Dimanche 23 novembre a eu lieu à la Salpêtrière le bal, précédé d'une petite représentation dramatique, que l'administration offre annuellement aux pensionnaires de l'établissement, et auxquels elles ont pris part, comme toujours, avec un calme qui n'a eu d'égal que leur plaisir.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 28 novembre on a constaté 808 décès, savoir :

Variole, 0 décès; — rougeole, 9; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 19; — érysipèle, 3; — bronchite aiguë, 31; — pneumonie, 51; — dysenterie, 0; — diarrhée cholériforme des enfants, 1; — choléra infantile, 0; — choléra, 1; — angine couenneuse, 11; — croup, 17; — affections puerpérales, 3; — affections aiguës, 224; — affections chroniques, 370 (dont 169 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 45; — causes accidentelles, 22.

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 16 au 22 novembre : 1,674. Variole, 0; rougeole, 130; scarlatine, 27; fièvre typhoïde 28; érysipèle, 18; bronchite, 262; pneumonie, 128; dysenterie, 2; diarrhée, 12; choléra nostras, 0; diphthérie, 13; croup, 22; coqueluche, 46.

ROME. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 10 au 16 novembre : 144. Variole, 0; rougeole, 0; fièvre typhoïde, 4; érysipèle, 0; bronchite, 1; pneumonie, 13; diphthérie et croup, 7; choléra, 8.

Boîte aux Lettres

A M. H..., à Châteaulin. — Manque la délibération de votre commission administrative. — L'acte de naissance sur papier libre n'est pas légalisé.

A M. D..., à Rennes. — Je n'ai pas douté un instant du bon goût de mes chers compatriotes. Honneur pour eux et pour vous.

A M. A..., à Clermont-Ferrand. — Produits chimiques arrivés en bon état. Les analyses, immédiatement faites, ont donné les meilleurs résultats.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Depuis longtemps on n'avait vu assemblée aussi nombreuse. Quatre-vingt-trois académiciens ont pris part au scrutin pour l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique. On peut dire que, en tenant compte des morts, de quelques malades et infirmes, l'Académie était à peu près au complet. L'élection n'a pas eu lieu dès le premier tour de scrutin. Une voix, une seule, a manqué à M. Laboulbène, qui, placé le second sur la liste, l'a emporté au second tour sur son compétiteur, M. Empis, que la section avait présenté le premier aux suffrages de l'Académie. L'Académie s'est souvenue, plus que la section, que, dans la dernière élection, M. Charcot ne l'avait emporté que d'une voix sur M. Laboulbène.

Outre un grand nombre de mémoires de pathologie, de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, M. Laboulbène, qui a suppléé d'ailleurs avec succès M. Cruveilhier dans la chaire d'anatomie pathologique, se présentait aux suffrages de l'Académie avec son beau travail sur les fausses membranes, qui est placé au rang des meilleures monographies que notre époque ait vues naître.

Le traité de M. Empis sur la granulie est aussi un travail très-honorable et qui légitime les sympathies que le candidat a rencontrées dans l'Académie.

Mais il est un candidat que la section n'a placé qu'au quatrième rang et qui, certainement, par le nombre et l'importance de ses travaux précisément en anatomie pathologique, balancera la victoire à la prochaine élection dans cette section, nous voulons parler de M. Lancereaux et de ses remarquables recherches sur l'anatomie pathologique de la syphilis viscérale et de l'alcoolisme.

On se demande cependant pourquoi une section d'anatomie pathologique à l'Académie? Pourquoi cette préférence pour cet élément de la pathologie au détriment des autres : le diagnostic, l'étiologie, etc.? Remarquez que presque tous les membres de la pathologie médicale pourraient figurer avec honneur dans cette section, MM. Andral et Bouillaud, par exemple, en tête, et que les honorables membres de la section d'anatomie pathologique pourraient faire également partie de la section de pathologie. Il y a là, en vérité, une superfétation que rien ne légitime. Quand se présentera un ministre de l'instruction publique véritablement réformateur, il simplifiera singulièrement la constitution actuelle de l'Académie, fera deux grandes sections : la médecine, dans laquelle rentreront l'anatomie pathologique et la thérapeutique; la chirurgie, qui n'aura plus comme aujourd'hui deux sections : pathologie et médecine opératoire; modifiera plusieurs autres sections, dont la composition logique laisse à désirer, et créera une section pour la philosophie, l'histoire et la littérature médicales. Ainsi soit-il.

M. Devergie, rapporteur de la commission des prix d'Ourches, n'a pu lire que la moitié de son rapport. Plus de cent candidats se sont présentés pour disputer ce prix. Les éliminations faites par la commission ont réduit ce chiffre à trente-deux. C'est déjà bien considérable, et l'on se demande comment trente-deux personnes ont pu trouver un moyen simple, facile, et à la portée de tout le monde, de distinguer la mort réelle de la mort apparente.

PATHOLOGIE UTÉRINE

DE QUELQUES CAUSES DE STÉRILITÉ; — DE L'IMPUISSANCE PAR CAUSE MORALE; LEUR TRAITEMENT;

Par le docteur Noël GUENEAU DE MUSSY, médecin de l'Hôtel-Dieu.

[Il y a dans la médecine pratique des sujets tellement délicats, ou si honteusement exploités par le charlatanisme, qu'un médecin jaloux de sa dignité ne les aborde qu'avec réserve; ou, s'il le fait, il recule devant certains détails qui sont acceptables

dans les confidences intimes du malade et du médecin, mais qui ne paraissent pas pouvoir supporter la publicité.

De ce nombre sont certaines questions relatives à la stérilité et à l'impuissance, questions auxquelles se rattachent de très-grands intérêts, et sur lesquelles nous sommes très-souvent consultés. Introduites dans le domaine de l'enseignement clinique, elles se heurtent à des détails d'alcôve qui trouvent une place légitime dans le cabinet du médecin, mais qui ne peuvent que très-difficilement être exposés au public.

J'ai pensé que la langue latine donnerait à un travail de ce genre un caractère plus grave et plus exclusivement scientifique, en même temps qu'elle permettrait plus de liberté dans l'exposition et couvrirait comme d'un voile certaines crudités d'expression que notre langue ne saurait souffrir.

Je publie ce travail dans le désir d'être utile aux jeunes médecins en leur offrant les résultats de mon expérience personnelle, et surtout en leur transmettant sur ce sujet quelques-uns des enseignements de Chomel, qu'il m'a été donné de recueillir de la bouche de cet illustre maître.]

DE NONNULLIS STERILITATIS CAUSIS; — DE IMPOTENTIA IMAGINARIA; QUÆNAM CURATIO SIT ADHIBENDA.

Humanum genus sexuali commercio servandum natura instituit. Connubii læta soboles fructus, finis et felicitas, quâ orbata vacua et quasi imperfecta languet conjugalis societas. Si quid huic divino proposito obstet et arte removeri valeat, illud non medici dignitati non castitati repugnat.

Infœcunditatis causæ ex duplici fonte oriuntur : aliæ ad virum spectant, aliæ ad mulierem.

Non mihi animus est omnes sterilitatis causas ad unguem indagare; paucas in medium proferam quæ mihi sæpius occurrerunt quanquam fortasse non satis vulgatas.

Ut in congressu congruant duo procreationis instrumenta et ad assequendum providentis naturæ consilium vergat hoc opus, non nullæ requiruntur conditiones :

Primo non omnino indifferens est uteri figura : cum cervix nimis longa turbinatam formam induit, ita ut ad os vaginæ propior accedat, difficilius concipit mulier, ut sæpe in suis lectionibus monebat Chomel, Baudelocque majoris auctoritatem invocans; inde fit enim ut in congressu membrum virile prominentem uterum transeat et in cæcum vaginæ fundum semen vacuè emittatur et inutile stagnet.

Plerumque hæc uteri forma cum cervicis porrectione, non raro cum orificii angustiâ conjungitur. In plurimis casibus, nulli quam deprehendere possis, exteriori causæ adscribenda, ex evolutionis primordiali vitio quodam originem trahere videtur. In nonnullis acquisita et præteriti morbi cujusdam vestigium observanti se præbet :

Obs. I. — Juvenem mulierem nuper vidi de sterilitate querentem; insuper doloribus circa lumbos, hypogastrium, crura simul cum leucorrheâ afficiebatur; quæ mihi lamentabilem, non prorsus inauditam, hanc historiam retulit.

Paucos ante annos desponsata, delicatissimo mori indulgens, vix nuptiali arâ relictâ, longum iter cum viro suo susceperat. Sic, absurdâ consuetudine jubente, animi motibus, qui ex mutatâ conditione, ex familiâ relictâ, ex ignoti expectatione oriuntur, insuper et connubii laboribus victoria discrimina addiderat; nec ullam curam habuerat, ut nimium solet, debiti quieti temporis cum menses erumperent. Imo jam prægnans, juvenili ardore rapta et viri exemplo inducta ad Pyrenaica colla ascenderat. Aborta, vix per unam diem in lecto quieverat; nec hemorrhagiâ nec doloribus deterrita fuerat quin insanos cursus mox repeteret.

Ex isto tempore lumborum dolores, menses nimii, fluor albidus excruciare eam ceperant nec postea concepit.

Collum uteri inveni torosum, turgidum, porrectum, ferè ad os vaginæ descendens. Sine dubio congestio sæpius recurrens et male curata huic vitio causa adscribi poterat.

Non semel hanc cervicis uterinæ formam cum sterilitate conjunctam vidi. Baudelocque major, Chomel referente, huic remedium proponebat congressum per

menses, quia hoc in tempore os uteri magis patet. Quod quidem consilium sæpius non innoxium, in plurimis casibus perinutile mihi videtur. Melius, si non fallor, viro suadebitur ut non altius membrum suum in copulatione ducat et in ipso ejaculationis momento telum, sicut de Parthis narratur, recedens ejiciat. In plurimis exemplis hoc profuit; et nonnulli pueri ex meis consiliis ita fuerunt in lucem editi.

Si uterus citra naturalem modum invertatur vel inflectatur, colli ad adversum vaginæ parietem applicati ostium clauditur et in sexuali commercio semen recusat.

Hoc etiam fieri potest ut nimium mobilis pro vario corporis situ uterus nutet, ita ut, si supina recumbit mulier, corpus uteri retrorsum vergat, os que anteriorem vaginæ parietem osculetur. Si contra eadem, facie ad lectum versâ, in pectore et ventre reponitur, vel suâ sponte vel digito immisso, facile ad naturalem regionem uterus revocabitur. Indè, si mobilioris uteri retroversio conceptioni obstet, consilium dabitur ut in sexuali commercio super virum mulier prona incumbat, seu quadrupedum ritû congressus instituatur.

Obs. II. — Hoc consilium dedi homini cuidam in artibus præcellenti, cujus uxor ex sexdecim mensibus in lecto jacebat hystericâ passione laborans; pluribus doloribus ipso otio auctis discruciabatur : etenim nec stare valebat nec domesticis vacare officiis. Ex primo partû uterus dolebat et sterilis ipsa remanserat.

Suspiciens in pelvi hærere primam mali labem, digitum in vaginam immisi et uterum reperi tumidum, retroversum ita ut cervix anteriori vaginæ parieti cohæreret. Sed mobilis facile in suum locum reduci poterat.

Prægnationem arbitrabar optimum fore remedium, cui vir objiciebat uxorem conceptioni aptam jam non videri. Detectâ sterilitatis causâ eum exhortatus sum ut uxorem in facie pronam amplecteretur, postquam cum digito depressum uteri fundum sublevasset.

Non multo tempore elapso hæc mulier concepit et post felicem partum ad sanitatem rediit.

In pluribus casibus devius uterus ægrè in suum nidum restituitur, redux difficilius rectam servat directionem. Tunc ut post reductionem certam sedem habeat nonnulla requirenda sunt adminicula. In imâm vaginæ valleculam, inter cervicem uteri et vaginalem parietem spongiolam immittere licebit. Dr Sims annulum invenit cavum, levissimum ex aluminio conflatum quod eidem proposito respondet.

In iisdem circumstantiis, ut suadebat Chomel, variandæ sunt coeuntium positiones ut melius utriusque sexus genitalia congruant.

Cum ex impedito seminis itinere sterilitas constat non nulli chirurgi idipsum semen, ex recenti venere, cum clysterio in vagina collectum in uterum injicere ausi sunt; quod quidem in aliquot casibus successit. Hoc tentamen a morali lege forsitan absolvi potest, sed matrimonii gravitati mulieris simul et medici dignitati nimis repugnat. Hoc nunquam nec proponere nec tentare vellem. Sed haud illicitum mihi visum est, si post diversa tentamina diutius uxor infœcunda manserit, ipsum maritum digitum post coitum in vaginam immittere et ita receptum semen uteri ostio admovere, quod ab intimo connuptorum commercio non ita alienum et absolvendum si procreationem, sanctam connubii finem, adjuvare possit. Paucissima enim seminalis liquoris quantitas requiritur ut impregnatio fiat; et cum ostiolo uteri hæret ut in pervium canalem, spermatozoïdum motibus faventibus, prodeat, sperare non absurdum.

Non nunquam uteri cervix prominens, rotunda, subtumida, rubescens virilis glandis formam mentitur. Ipsum ostiolum rotundum et sæpius angustum in apice glandis istius situm, ad recipiendum semen minus aptum videtur. Hæc formæ varietas, non prorsus rara, nuper mihi occurrit in muliere a decem annis sine partû nuptâ. Vix ostium uteri erat conspicuum; dum in plerisque mulieribus quæ veneri indulgent, etiam nunquam edito partû, uteri cervix rotundam formam, puellis propriam, amittere solet et in latitudinem increscit; ipsumque ostium, quod in virgine velut circulare foramen apparet, latescit et in linearem rimam extenditur.

In his circumstantiis et in plurimis aliis uterini oris angustiæ sterilitas adscribi potest, quod veteres non latuit : « Nec casus rari, inquit Haller, in quibus id oscu-

« lum aut præter modum angustum fuit aut omnino coaluit aut a convulsione « arctatur. »

Huic angustiæ curandæ plurima remedia fuerunt proposita : simplicissimum omnium occurrit dilatatio : cuiquidem instituendæ quam plura inventa sunt instrumenta. Alia ex duabus lamellis constant quæ abduci et latescere possunt. Alia ex spongiis vel ex laminariâ conflata humiditate augescunt.

Nonnulli chirurgi angusti colli sectionem tentaverunt ; quod quidem dubiam utilitatem certum periculum affert et plurimas mulieres stygiæ cymbæ imposuit. Secta cervix cum coalescet angustiam sæpius renovabit, quod istius operationis levissimum habebitur incommodum.

Amicus noster Dr Bouchacourt Lugdunensis uteri collum porrectum, glandis virilis figuram referens cum ostii angustiâ, utrinque leviter incisum cum ferro ignito adussit. In simili casu incisionem præterivi ; sed post dilatationem, ad mutandam uteri nutritionem, duo puncta ignea utrique ostii lateri admovere non pænituit.

Alia sterilitatis causa in pravâ cervicis secretione hæret, præsertim cum mucus viscosus, glutinis instar, ostium occupat et præcludit quod sæpius observavi. Ut mutetur ista perversa secretio diversa tentavi. Lunari caustico sœpissimè usus sum non nunquam tincturâ iodii.

In his tentaminibus aliquando accidit ut lunare causticum, præsertim si purius et accuratius præparatum, in uteri cervice frangeretur, quod devitare studeo quanquam nihil detrimenti unquam attulerit. Vel injectâ largiter aquâ foras ejicitur, vel cervicis parietibus inhærescit ; et in lunari sale tunc ista fit mutatio ut paulatim spiritus nitri evanescat, solum oxidum argenti remaneat, teste amico meo Dr Richet.

Imo id non nunquam evenit ut quod in casu erat positum curationis fieret instrumentum.

Obs. III. — Quatuor ante annos ad mea consilia confugit eximia muliercula quædam, querens se ex longo tempore jam nuptam materna gaudia non novisse. Tristis et mœrens me de sterilitatis causis percontabatur, quarum nullam aliam reperi præter uteri canalem mucoso glutine impeditum. Ipsum ostium erat rubrum et leviter crenatum. Huic lunare causticum admovi et altius in cervicis fistulam duxi. Post octo dies caustici repetita impositio parum profecerat, cum, septem diebus iterum elapsis, novam tentavi cauterii admotionem ; fractum causticum in utero remansit. Per sequentes dies paululum sanguinis effluxit et septimâ die quum eam adirem, mihi narravit se pridie per vaginam amisisse corpusculum durum, exterius subalbidum, nigrum intus ; procul dubio causticum erat muco involutum. Post paucissimos dies prægnans evasit ; et ex hoc tempore plures habuit felices partus.

Ad corrigendas pravas uteri secretiones, plurimum conferunt mineralia balnea quorum non nulla graviditati faventia vulgantur. Sulfureæ Pyrenaicæ aquæ vel salinæ in thermis Plumbariis (1) aut Embasiæ (2) usitatæ ad hoc sœpe profuerunt.

Cum lenissimo impulsu in vaginam injiciendæ sunt minerales aquæ, aut ipse uterus balnei faciendus est particeps per canalem cavum qui in vaginam immittetur, ad decem vel quindecim minutas ibi remansurus. Etenim ex experimentis ritè institutis compertum est aquam balnei in naturalibus conditionibus ad vaginæ caveam permeare non posse.

Peracto vel omisso aquarum mineralium usu, donec catarrhus uterinus vel parcus vel profusus finem habeat, injicienda sunt in vaginam decocta astringentia, resolventia, emollientia, prout affecti organi conditio requirat. In catarrhis recentioribus et acutis vel dolore stipatis quæ adstringunt lenientibus sunt postponenda : decocta oryzæ, althaeæ, papaveris, cydoniæ seminum sœpius usurpantur.

Anthemis, thea viridis, sambuci flores, rosa rubra, geum, alchemilla vulgaris, teucrium, symphytum, jam paulisper vasa coarctant.

Magis astringunt juglandis folia, quercus aut cinchonæ cortices, krameriæ, fragariæ, tormentillæ, polygoni bistortæ radices, ipsum tanninum et permulta simplicia

(1) Plombières. — (2) Ems.

medicamenta olim magna cum laude usitata, quæ nunc obsoleta in usum jam non vocantur.

Inter mineralia, alumen, sulfas zincicus, sulfas cupricus, chloruretum ferricum, boras sodicus, chloras potassicus, quæ in emolliente vel astringente decocto solventur. Quæ sunt congruentibus viribus prædita, opportunè sæpè miscentur. Alia aliis nonnunquam temperanda sunt; sic adstringentibus narcotica non incassum addentur. Istæ mixturæ pro variis morbi conditionibus ordinandæ sunt. In subacutis catarrhis non raro hanc formulam usurpavi.

Cydoniæ seminum decoctum (libræ duæ),	grammata. .	1000

Sequentis solutionis duo cochlearia addantur :

Aquæ rosarum distillatæ	grammata. .	200
Aquæ lauri cerasi.	grammata. .	100
Boratis sodici.	grammata. .	40

Cùm herpetica subest labes, cui catharrus pertinax adscribendus est, non nunquam hydrargyri muriatici corrosivi centigrammata aliquot lactucæ et papaveris decocto misceo; alias magisterii bismuthi quatuor grammata, calomelas simul et gramma unum in cydoniæ mucilagine suspensa in vaginam injici jubeo, quod nuper bene successit mulieri cuidam vaginæ et uteri herpeticâ inflammatione vexatæ. Hæc inflammatio permultis aliis medicaminibus tentata non subsederat.

Eodem in morbo cataplasmata ex oryzæ farinâ et magisterio bismuthi, linteo involuta, in vaginam non numquam inferri curavi quod interdum mirum in modum inflammationis vim compescuit.

§ II. — Ex plurimis causis in homine sterilitas oriri potest, quod à nuperis rite explanatum fuit. Testis absconditus in abdomine vel cum vaginali membranâ cohærens, aut nimias inflammationes, præsertim venereas, passus sæpius effœtum et sterile semen suppeditat.

Virilem sterilitatem omittens, pauca exponam de peculiari quâdam impotentiæ formâ quæ *relativa* vel *imaginaria* vocari posset : virilis facultas penitus viget, sed inopportunè languescit cum exercenda requiritur.

Hæc infirmitas sæpius mihi occurrit et in variis conditionibus observari potest : non nunquam castus et timidus juvenis, de viribus suis diffidens, novitate tentaminis commotus, conjugali munere in primo congressu fungi non valet. Indè quoties uxorem postea aggreditur, timor artus occupat et genitalem ardorem exstinguit. Indè crescente anxietate animus discrucìatur. In re tam vulgari se cæteris hominibus imo vilissimis animalibus inferiorem præbere opprobrium videtur. Dilectam conjugem possidendi desiderio incenditur; nec satis vocatus a naturâ quæ mentis cupidini indocilis non plane respondet, nova prælia tentat. Sed pristinorum tentaminum memoria iterum novas præparat delusiones.

Qui ex mente exoritur morbus per mentem curandus. Hos miserrimos blandis verbis demulcere et hortari decet, fiduciam afflare, meliora in futurum promittere. Illis suadendum est ut nova tentamina ad tempus omittant, donec a naturâ sœpius et vehementer incitati fortius valeant. Hoc ipso in tentamine vitare debent motus nimios et sitûs mutationes in quibus pars virium impenditur, et prisci terrores ad mentem facilius recurrent. Indè melius erit ut uxoribus in latere recumbentibus se retrorsum admoveant, et ita sine conatu, sine nimiâ corporis exercitatione coitum absolvant.

Obs. IV. — Hoc consilium, paucos ante annos, à me datum memini juveni cuidam, rem militarem agenti, qui, plus quam triginta annos natus, religionis causâ castus remanserat. Ab undecim mensibus innuptus conjugale opus absolvere non valuerat et se impotentem accusabat gemens; cum formosæ uxoris amore flagraret et ab illâ semotus tentigine sœpius moveretur, quæ cum eam aggrederetur evanescebat.

Præceptis meis annuit et paucis diebus elapsis, triumphales litteras exultans mihi scripsit in quibus victoriam gratus meis consiliis adscribere se profitebatur; et si uxor, aiebat, prægnans evaderet puero meum prænomen se impositurum pollicebatur. Res ita se gessit.

Aliàs homines vidi qui in primo juventutis æstu cupiditatibus indulserant, sed maturescentibus annis, se impotentes agnoverant et de matrimonio tentati nesciebant an honesté huic proposito annuere valerent; quod quidem in sanis et vigentibus juvenibus non penitùs juventutis erroribus vitiatis observabam. Ex his comperta fuit impotentiæ causa : obscurata sed non omnino obcæcata conscientia flagitia exprobrabat in quæ juvenilium ardorum furore perciti se ingurgitaverant; cupidini non assentiente mente, vires impares evaserant; indè interdum fiebat ut vix paululum erectum membrum, ipsum ante perfectum congressum, semen ejiceret vel potius effunderet; sœpius his a meo consilio desponsatis genitales facultates prorsus restitutas vidi.

Impotentia, de quâ hic agitur, sœpius observatur in irritabilibus et molliori animo præditis hominibus, si uxor nimium et diutius optatis amplexibus obstiterit præsertim si ipsa irritabilior hystericis spasmis sit obnoxia, quum vagina contracta et convulsa arctissimè constringatur et aggredientem repellat.

Homines quosdam videre licet cum cæteris muleribus ardentes et vigentes cum propriis uxoribus frigidos et invalidos! Ad curandum hoc malum quod mores et naturam simul lædit, quod consuetudine inveteratum difficillimè eradicatur, quod que a sex annis perdurans nuper observavi, nullum non tentandum remedium. Honesta finis omnia tentamina absolvit quæ ad illam obtinendam vergunt.

Lautum et generosum cibum, vinum, omnia quæ veneris ardorem ciere possunt, electricas incitationes, phosphorum prudentissimè dispensatum in auxilium vocavi. Et si hæc irrita remanerent, non mihi inhonestum videretur languido membro ut rigidum efficiatur adminicula aliqua præstare. Non dubito quin, si unâ tantum vice, auxiliante aliquo adjumento, conjugale opus perficeretur, mens illico firmaretur, vires ad naturalem modum redirent, et ista infirmitas, quæ a veteribus incantatio credebatur, omnino evanesceret.

BIBLIOTHÈQUE

NOUVEL ABRÉGÉ DES ÉLÉMENTS DE PHYSIOLOGIE, par le docteur TOUSSAINT-MARTIN.
Un volume in-8° de XVI-726 pages; 1873. — Prix : 7 fr. 50 c.

Le but de ce livre a été défini par l'auteur lui-même dans l'avant-propos qui tient lieu de préface au volume : « Nous avons pensé, dit-il, qu'en restreignant, jusqu'à de certaines « limites, les documents contenus dans les grands ouvrages, on arriverait à pouvoir présenter « plus brièvement les éléments de physiologie qu'ils renferment, sans trop en altérer le sens « et sans nuire à la compréhension du sujet. »

Un tel programme offrait plus d'un écueil. Née d'hier, et chaque jour plus agitée dans son domaine incessamment révolutionné par les efforts qui tendent à le constituer, la physiologie n'a point, à proprement parler, de corps de doctrine dûment édicté, où le vulgarisateur puisse découper la science, tout d'une pièce, pour l'approprier au cadre qu'il s'est proposé et ne veut pas franchir. A peine publiés, les derniers traités didactiques, devenus presque aussitôt incomplets, se trouvent promptement dépassés par le contingent des recherches nouvelles. Pour présenter l'*état actuel*, force est donc de ne point s'en tenir à l'analyse des livres, si considérables soient les noms qui les ont signés. Il faut dépouiller minutieusement les journaux, les recueils, les bulletins des Académies, travail pénible et ingrat, où le moindre déboire que l'on encoure est le reproche d'omission. D'une autre part, le mercantilisme qui, dans notre siècle matériel, envahit tout, a fait, non sans quelque raison, un mauvais renom aux *Manuels* et aux *Abrégés*. Combien n'ont été crées et mis en vente que pour exploiter, sous prétexte de lui venir en aide, la détresse des candidats attardés, trop heureux d'invoquer, *in extremis*, le secours de petits livres où la matière des examens, la science, en définitive, a été tronquée, défigurée, pour mieux se simplifier et fournir au *quart d'heure de Rabelais* d'une mémoire aux abois !

M. Toussaint-Martin, rendons-lui d'abord cette justice, a courageusement abordé la première difficulté. Sans parler des auteurs déjà anciens : Spallanzani, Legallois, Borelli, Bichat, Richerand, Magendie, Ch. Bell, Ch. Bérard, dont il a savamment résumé les travaux pour en retenir les résultats définitivement acquis; Muller, Marshal-Hall, Schleiden, Schwan, Lebert, Mandl, Longet, Cl. Bernard, Brown-Séquard, Morel, Ch. Robin, toute la pléiade, en un mot, des pionniers modernes de la science a été scrupuleusement passée en revue, inventoriée avec

un soin religieux, et ses apports sont fidèlement consignés. Cette exactitude, dans la part faite à chacun, se rehausse par une critique nette autant que judicieuse. Si l'auteur n'a pas donné de son propre fonds, il s'est efforcé du moins de ne rien omettre et aussi de ne rien laisser aux hasards de l'appréciation. S'inspirant, comme il convenait à un esprit éclairé, des méthodes positives, que les progrès de la philosophie ont imposées aux études biologiques, il s'est bien gardé de vouloir rééditer l'œuvre surannée de la *poésie* du *roman* de la médecine, ainsi que l'indigence et la casualité des premières ébauches de la physiologie l'avaient fait qualifier par une génération déjà loin de nous. Sobre, sévère dans la sélection de ses matériaux, dédaignant le clinquant des descriptions pour la solidité des faits, plus préoccupé d'instruire que de plaire en amusant, il a pu, sous une forme correctement concise, *multa paucis*, réunir et condenser toute la matière de son œuvre en un livre compacte et substantiel, qui n'a dès lors plus rien à partir avec le *manuel* banal dont nous rappelions tout à l'heure le discrédit mérité.

Le plan du *Nouvel Abrégé* de M. Toussant-Martin a dû naturellement se régler sur la distribution classique de l'enseignement officiel, connu de tous. L'importance actuelle des notions histologiques réclamait une place au corps de doctrine du livre; l'auteur a heureusement agi, en les résumant dans une *Introduction*, qui définit et expose successivement, pour l'intelligence de l'élève, le but de la physiologie, les conditions anatomiques et les propriétés organiques des tissus élémentaires, simples, composés, et leurs différents systèmes.

Nous ne pousserons pas plus loin cette analyse d'un ouvrage qui vaut assez par lui-même pour se passer de nos éloges. Son succès est entre les mains de la jeunesse de nos Écoles; il y partagera la vogue des Béraud, des J. Béclard, à côté desquels le nom de M. Toussaint-Martin vient de conquérir une place honorable.

A. BERTHERAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 décembre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1872 dans le département de la Charente-Inférieure.

2° Le compte rendu *négatif* des maladies épidémiques pour le département de Lot-et-Garonne. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie. (Adopté.)

2° Un mémoire sur la taille hypogastrique avec suture vésico-pariétale, par M. le docteur Baudon, médecin-major. (Prix Barbier.)

3° Une lettre de M. le docteur Jules Bouteiller (de Rouen) sur le choléra. (Com. du choléra.)

4° Une étude microscopique sur le vaccin de génisse, par M. A. Commaille, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Marseille. (Com. de vaccine.)

—

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Costa (de Bastelica), une brochure intitulée : *La Corse et son recrutement.*

M. DEMARQUAY présente, au nom de M. le docteur Harzé, une brochure intitulée : *L'assistance des blessés et les hôpitaux.*

M. GUBLER dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. le docteur L. Regnier, médecin-major au 102e de ligne, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans ce régiment, en garnison à Courbevoie, pendant l'été de 1873. L'auteur a fait une analyse minutieuse des circonstances qui ont présidé au développement de cette épidémie, dont il trouve la condition causale dans les émanations miasmatiques dégagées par des cloaques infects placés au voisinage de la caserne. M. Gubler considère ce travail comme très-digne de l'attention de l'Académie, et comme destiné à jeter une vive lumière sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

—

M. LE PRÉSIDENT rend compte de la visite qu'il a faite, avec les membres du bureau, au nouveau ministre de l'instruction publique.

—

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

La commission présente : En première ligne, M. Empis; — en deuxième ligne, M. Laboulbène; — en troisième ligne, M. Parrot; — en quatrième ligne, M. Lancereaux; — en cinquième ligne, M. Cornil; — en sixième ligne, M. A. Voisin.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 83, dont la majorité est 42, M. Laboulbène obtient 41 suffrages, M. Empis 35, M. Parrot 4, M. Lancereaux 1, M. Cornil, 1, 2 bulletins blancs.

Au deuxième tour, le nombre des votants étant de 81, dont la majorité est 41, M. Laboulbène obtient 49 suffrages, M. Empis 30, 2 bulletins blancs.

En conséquence, M. Laboulbène ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie de médecine.

—

M. Devergie lit le rapport sur les mémoires envoyés à l'Académie pour le concours aux prix fondés par le marquis d'Ourches :

L'un de 20,000 francs, pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître, d'une manière certaine et indubitable, les signes de la mort réelle, moyen qui puisse être mis en pratique par de pauvres villageois sans instruction;

Et un prix de 5,000 francs pour la découverte d'un moyen de reconnaître, d'une manière certaine et indubitable, les signes de la mort réelle, exigeant l'intervention de l'homme de l'art.

Les mémoires adressés à l'Académie sont au nombre de 102. Bon nombre appartiennent à des gens du monde, clercs d'avoués, mécaniciens, épiciers, etc.; la plupart ont une origine médicale. Sur ce nombre, 32 ont été, après examen éliminatoire, réservés pour un nouvel examen. M. le rapporteur ne parle que de ceux qui ont été jugés dignes de prix ou de mentions honorables.

Après avoir successivement indiqué, analysé et discuté les sujets de ces divers travaux, jetant un coup d'œil d'ensemble sur les signes de la mort, M. le rapporteur les divise en deux catégories très-distinctes :

1° Signes tirés de phénomènes *négatifs*;

2° Signes tirés de phénomènes *positifs*.

Par signes *négatifs*, il entend ceux qui se caractérisent par l'absence des phénomènes de la vie; ils ont moins de valeur, parce que leur observation peut avoir été faite avec légèreté ou avec incapacité. Un résultat négatif qui doit donner la solution d'une question aussi grave ouvre la porte au doute et laisse l'inquiétude dans les esprits. Non pas qu'il faille considérer comme n'étant pas des signes certains de la mort : la décoloration de la rétine avec formation de petits caillots de sang à sa circonférence; — l'absence de toute contractilité musculaire sous l'influence d'un appareil d'électricité d'induction capable de dégager des étincelles de 1 à 2 millimètres, ou de 1 à 2 centimètres, suivant l'espèce d'instrument employé; — la cessation de toute influence de l'*atropine* et de l'*éserine* sur la pupille, etc.

Mais, contrairement à ces caractères, les signes *positifs* de la mort donnent quelque chose qui a bien plus de portée que l'*absence* de tel ou tel phénomène. C'est un fait nouveau qui se produit lorsque la mort est arrivée, et qui ne peut pas se produire lorsque la vie existe.

Dans cette catégorie de signes certains de la mort sont compris : la *rigidité cadavérique*; — l'*abaissement* de la température du corps allant jusqu'au terme où la vie ne saurait coïncider avec la température ambiante; — les *lividités cadavériques*; — la *tache sclérotical*; — la *flaccidité* et le *plissement de la cornée*; — la *dessiccation de la peau*, à la suite d'une friction forte opérée avec une brosse dure ou un linge rude, tous deux préalablement trempés dans l'eau; — les *phlyctènes* remplies de vapeur que l'on peut faire naître à la pulpe des doigts par l'approche de la flamme d'une bougie, d'une chandelle ou d'un instrument de fer rougi; — l'application de ventouses à l'épigastre, n'amenant qu'un soulèvement d'une peau exsangue dont l'incision ne fait pas sortir de sang; — enfin, l'apparition de la *putréfaction*.

En réunissant ces signes positifs aux signes négatifs, bien observés et déjà très-nombreux, on voit combien la science est riche de faits propres à éviter les erreurs sur la mort, lorsque ces moyens sont mis en usage par des *hommes instruits*.

On peut, à toutes les époques de la mort, certifier le décès dans le plus grand nombre des cas. Cependant, on ne saurait trop rappeler que, en général, un décès ne doit pas être déclaré constant avant que le froid cadavérique ne soit survenu.

Tant que la chaleur du corps est perceptible, le médecin vérificateur du décès a un autre devoir à remplir, c'est celui de porter des secours et de chercher à rappeler à la vie ce corps inanimé, mais encore chaud, dussent ses efforts rester infructueux.

Transiger avec cette règle dans les cas de mort rapide, c'est de la présomption; pour le prétendu défunt c'est quelquefois la mort, et pour le médecin c'est un remords impérissable, en cas d'erreur.

Ce sont les morts rapides qui font l'écueil du médecin; ce sont celles qui doivent appeler toute la sollicitude des familles.

C'est alors aussi que le médecin doit invoquer toute la science des décès, souvent trop négligée peut-être aujourd'hui, et sur laquelle M. le rapporteur, en terminant, appelle toute l'attention de l'Académie.

La continuation de ce rapport et la discussion des conclusions scientifiques sont renvoyées à la prochaine séance.

— A cinq heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Dolbeau sur le prix Godard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 octobre 1873. — Présidence de M. Trélat.

Sommaire. — Obstruction intestinale par une tumeur fibreuse calcifiée de l'ovaire. — Sur l'opération de la trachéotomie à l'aide du galvano-cautère. — De l'emploi de la gutta-percha fine laminée comme enduit imperméable.

Un court rapport de M. Guéniot sur une observation d'obstruction de l'intestin par une tumeur fibreuse calcifiée de l'ovaire, une lecture très-intéressante de M. le docteur Krishaber, candidat au titre de membre titulaire, sur l'opération de la trachéotomie à l'aide du galvano-cautère, enfin une brève communication de M. le président Trélat sur l'emploi de la gutta-percha comme enduit imperméable, tel a été le menu de la séance, terminée à quatre heures et demie par un comité secret.

Le rapport de M. Guéniot est, en quelque sorte, une annexe de celui qu'il a fait dans l'une des dernières séances sur l'obstruction de l'intestin par des tumeurs fibreuses utérines, et dont nous avons déjà rendu compte. Dans le rapport actuel, il s'agit d'accident semblable déterminé, cette fois, par une tumeur fibreuse ovarique calcifiée. Cette observation a été recueillie à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Bouillaud (M. Bouchard suppléant), par M. Henri Boyer, interne du service. La malade ayant succombé le jour même de son entrée, l'autopsie a montré que la tumeur, masse fibreuse énorme calcifiée, attenante aux ovaires, plus particulièrement à l'ovaire droit, comprimait le cœcum et le rectum, et avait déterminé une péritonite qui paraît à M. Guéniot avoir plus contribué que les accidents d'obstruction à l'issue finale; d'où il résulte que l'intervention chirurgicale, dans ces cas d'obstruction, est parfois illusoire, à cause des complications péritonéales qui les accompagnent.

La lecture faite par M. le docteur Krishaber a vivement intéressé la Société de chirurgie. Nos lecteurs se rappellent sans doute que, dans la séance de l'Académie de médecine, du 23 avril 1872, M. Verneuil lut un travail sur l'application du couteau galvano-caustique à l'opération de la trachéotomie. Ce chirurgien venait de faire pour la première fois cette application chez un individu tuberculeux en proie à une asphyxie imminente. Il avait pensé qu'en pareil cas les deux grands dangers de la trachéotomie, c'est-à-dire l'hémorrhagie et l'entrée de l'air dans les veines, devaient être évités plus sûrement par le galvano-cautère que par l'instrument tranchant. Le succès avait répondu à ses espérances; le malade, dont une hémorrhagie même minime pouvait entraîner la mort, n'avait pas perdu une goutte de sang, l'opération avait eu un résultat complétement heureux.

A peine M. Verneuil avait-il fait connaître son observation que des réclamations de priorité arrivaient de divers côtés à l'Académie. L'une était adressée par un médecin de Paris, M. le docteur Joubert, qui affirmait que l'opération de la trachéotomie à l'aide du galvano-cautère avait été pratiquée à Paris le 13 avril 1870 par M. Amussat; l'autre émanait du docteur Paul Bruns, de Tubingue, qui revendiquait pour son père la priorité de l'application du galvano-cautère à la trachéotomie, s'appuyant sur le texte d'un mémoire publié par l'éminent chirurgien de Tubingue dans le courant de cette même année 1870.

Sans nier les titres d'Amussat et de Bruns père à la priorité de l'application de la galvano-caustie à l'opération de la trachéotomie, M. Krishaber fait remarquer avec raison que l'observation communiquée par M. Verneuil à l'Académie est bien réellement la première qui ait été publiée.

La deuxième observation a paru le 7 octobre 1872, c'est-à-dire six mois après la communication de M. Verneuil. Elle appartient à M. Voltolini (de Breslau), et a également pour sujet un individu tuberculeux sur lequel ce chirurgien pratiqua la trachéotomie d'après la méthode de M. Verneuil.

Un interne de M. Verneuil, M. Bourdon, a publié dans les *Archives de médecine* (numéro de janvier 1873) la relation d'une série de cinq nouvelles opérations, dont quatre furent pratiquées par M. Verneuil et une par l'auteur de l'article. Il s'agit de quatre adultes et d'un

enfant âgé de près de 4 ans. Chez l'enfant et chez trois des adultes, le résultat a été très-satisfaisant; mais, dans un cas où la trachée était ossifiée, il a fallu faire une ligature d'artère, le malade ayant perdu une quantité de sang équivalente au contenu d'un verre à bordeaux.

Depuis cette époque, divers chirurgiens ont mis en pratique la nouvelle méthode de trachéotomie, et M. Krishaber, pour sa part, a eu l'occasion de l'exécuter deux fois : 1° dans un cas de végétations multiples de la partie supérieure de la trachée et de la portion sous-glottique du larynx; 2° dans un cas de tumeur intra-laryngée qui fut reconnue, après l'opération, pour être de nature cancéreuse.

Appréciant les résultats des deux opérations qu'il a pratiquées, d'ailleurs, en se conformant aux préceptes donnés par M. Verneuil, M. Krishaber reconnaît que le galvano-cautère ne lui a donné aucun avantage sur la méthode ordinaire. Dans la première opération, la perte de sang a été à peu près nulle, il est vrai, et il a pu instantanément faire cesser l'écoulement de sang d'une artériole, mais il s'est produit une hémorrhagie consécutive; le résultat était donc illusoire; il eût été préférable de faire une ligature. Un accident semblable est arrivé à Voltolini (de Breslau) qui l'a relaté dans son observation. Il s'est agi d'une hémorrhagie veineuse seulement, et cependant le galvano-cautère a été impuissant à l'arrêter.

Dans sa seconde opération, non-seulement M. Krishaber n'a pas pu arrêter l'hémorrhagie artérielle, mais la ligature elle-même n'a pu être faite sur les tissus carbonisés par l'action du galvano-cautère; cette carbonisation, par conséquent, loin d'arrêter l'accident, avait été la cause de la persistance de l'hémorrhagie, à laquelle il fallut remédier par la compression des tissus dans une large étendue.

M. Krishaber se voit donc obligé de reconnaître que ces faits sont défavorables à la nouvelle méthode. Le galvano-cautère lui paraît être indiqué surtout dans les cas de végétations trachéales ou même glottiques tels, que le chirurgien puisse espérer obtenir en même temps l'ouverture de la trachée et la destruction des végétations.

M. Verneuil, il est vrai, a de la tendance à admettre que le couteau galvano-caustique trouve dans la trachéotomie une application constante : cinq opérations sur six, faites par lui, militent incontestablement en faveur de sa méthode. Mais l'opération de M. Voltolini (de Breslau) et les deux cas de M. Krishaber la présentent sous un aspect moins séduisant.

En résumé, M. Krishaber n'hésite pas à reconnaître l'utilité possible du galvano-cautère appliqué à la trachéotomie; mais il pense qu'on n'est pas encore en droit de généraliser son emploi. Les indications de la trachéotomie sur l'adulte se présentent sous des aspects variés; les exigences de chaque fait particulier doivent avant tout être prises en considération, et il ne sera jamais possible d'indiquer une méthode *unique* et un procédé opératoire *unique* trouvant des conditions d'application générale.

Suivant M. Krishaber, à en juger par le nombre des faits connus jusqu'à ce jour, le galvano-cautère, malgré sa puissance hémostatique incontestable, ne procure pas la sécurité que la ligature donne au chirurgien; il expose au danger des hémorrhagies consécutives; il ne lui semble donc pas encore suffisamment prouvé qu'il apporte à l'opération de la trachéotomie une facilité de plus ou un danger moindre.

— Après la lecture du travail de M. Krishaber et pour mettre à profit les quelques minutes qui restaient encore jusqu'à l'heure du comité secret, M. Trélat est descendu du fauteuil de la présidence pour faire une communication dont il s'est presque excusé, vu la nature un peu inférieure du sujet. Mais, a-t-il dit avec raison, il n'y a rien de vulgaire ou de banal dans notre profession.

Il s'agit des enduits imperméables et de leur emploi en chirurgie. Un bon enduit imperméable est un oiseau rare sur lequel il a été difficile jusqu'à ce jour de mettre la main. M. Trélat croit y être arrivé; il a découvert, dit-il, chez un fabricant de caoutchouc une substance qui lui a paru réunir les qualités désirées. Cette substance n'est autre chose que la *gutta-percha*, mais la gutta-percha *pure* et *finement laminée*. On forme avec cette substance une sorte de tissu, de taffetas, d'enduit absolument imperméable, d'une souplesse parfaite et d'une résistance suffisante. Elle paraît excellente à M. Trélat pour les pansements dans la pratique chirurgicale. On en a fait, en outre, des applications heureuses aux maladies de la peau; elle remplace dans beaucoup de cas le collodion élastique, dont elle remplit les indications, moins toutefois l'astriction propre à cette dernière substance; enfin, M. Trélat dit s'en servir habituellement pour provoquer localement une transpiration cutanée favorable à la disparition de certaines douleurs superficielles névralgiques ou rhumatismales.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

JOURNAL DES JOURNAUX

Sullo scroscio scapolare (Craquement scapulaire), par le docteur Ercole Galvagni, médecin de l'hôpital de Bologne.

Signe nouveau ou peu connu d'une lésion qui ne l'est pas davantage. C'est un bruit plus ou moins dur, râpeux, qui s'entend même à distance par les mouvements alternatifs d'élévation ou d'abaissement de l'épaule et qui est perçu par la paume de la main appliquée sur le scapulum. Deux hommes atteints précédemment de pleurésies chroniques et entachés d'hérédité tuberculeuse l'ont ainsi signalé et présenté à M. Galvagni après l'avoir entendu eux-mêmes. Le thorax était déformé de ce côté avec atrophie musculaire évidente. La colonne dorsale était même légèrement incurvée dans un cas. Le craquement s'entendait aussi distinctement par le mouvement manuel que spontané de l'épaule, donnant la sensation d'un frémissement dur, analogue au frottement de deux corps durs ou à celui que fait le cheval en mangeant l'avoine. Il ne produit aucune douleur.

L'un des malades étant mort, l'autopsie montra, outre les lésions pulmonaires, l'atrophie et la pâleur des muscles du dos. Une vaste bourse muqueuse, irrégulièrement ovale, de 7 à 8 centimètres de diamètre et remplie d'un liquide visqueux transparent, se trouvait sous le scapulum, entre le muscle sous-scapulaire, presque entièrement atrophié, et le muscle grand dentelé, qui ne l'était pas moins. Cette bourse était donc le seul intermédiaire entre le scapulum et les côtes, dont la cinquième et sixième étaient dénudées dans une étendue de 3 à 4 centimètres, avec couleur gris roussâtre et ramolissemeut. Rien de semblable n'existait du côté opposé.

C'est donc un signe, suivant l'auteur, à rechercher à la suite des épanchements chroniques. Le frottement des deux surfaces osseuses en serait la cause, résultat de l'atrophie des muscles intermédiaires.

Il l'a rencontré plus doux et moins étendu chez une gantière atteinte de spasme, de crampes des doigts avec atrophie musculaire jusqu'à l'avant-bras. Et, concluant par induction, il en infère qu'il y a également atrophie des muscles sous-scapulaires dans ce cas comme dans la crampe des écrivains chez lesquels ce craquement pourrait aussi se rencontrer. (*Bull. delle sc. med. di Bologna*, p. 417.) — P. G.

Anthropométrie chez les aliénés. — Après M. Frigerio, M. le docteur Riva a continué des recherches d'anthropométrie sur 304 aliénés de l'asile de Pesaro. Après avoir pris la taille, le poids, les diamètres antéro-postérieur, transverse et frontal de la tête, ainsi que ses courbes longitudinale, transverse et sa circonférence, sur 98 habitants, moitié hommes et moitié femmes en bonne santé, pris dans les diverses classes, et âgés de 14 à 55 ans, il a examiné et comparé, sous ces divers rapports, les aliénés, suivant les différentes maladies dont ils sont atteints. Les affections mentales se sont ainsi montrées plus fréquentes de 30 à 45 ans, avec un poids généralement inférieur à celui des hommes sains. Cette diminution est le moins marquée dans la mélancolie et la manie, et le plus dans la pellagre. Dans la plupart des autres formes, le poids diminue avec la marche de la maladie.

Quant à la taille, la moyenne a été de 1 mètre 71 chez les hommes et 1 mètre 33 chez les femmes, tandis qu'elle était de 1 mètre 70 et de 1 mètre 56 chez les personnes saines prises comme termes de comparaison. La différence est donc insensible, et l'on comprend qu'elle ne puisse être aucunement influencée par la folie.

Sur 301 aliénés (3 monomaniaques ayant été omis), il a été noté des différences crâniométriques très-sensibles entre les 108 atteints d'affections héréditaires et les autres, chez lesquels la folie était acquise. Presque toujours la capacité était moindre chez ceux-ci, lorsque la maladie durait depuis plus de vingt mois. La circonférence crânienne était de 56 centimètres chez 13 malades seulement, sur 167; de 53 sur 31, et de 53, 54 chez les autres.

Les déformations du crâne se sont rencontrées surtout à la partie postérieure.

L'auteur examine de même la grandeur des yeux et des pupilles, des oreilles, des lèvres, du nez, des dents, et même des cheveux. Mais, sous tous ces rapports, les variations sont telles qu'il n'y a aucune loi à en tirer; d'autant plus que, en dehors de la maladie, l'action du climat, du sol et de l'hérédité n'est pas étrangère à ces différences. (*Arch. ital. per le malatie nervose*, novembre.) — P. G.

Éphémérides Médicales. — 4 Décembre 1794.

Nouvelle loi qui organise les études médicales en France. Trois Écoles sont établies sous le nom d'*Écoles de santé*; douze professeurs à celle de Paris; huit à celle de Montpellier; six seulement à celle de Strasbourg. On crée un chef des travaux anatomiques, place qui fut

d'abord occupée par Fragonard; puis, successivement, par Duméril, Dupuytren, Béclard, Breschet, etc. On a frappé une médaille à l'occasion de cette réorganisation; elle a 5 centimètres 1/2 de diamètre, et représente Fernel et Ambroise Paré, vus de profil et accouplés, avec cette inscription : *La médecine rendue à son unité primitive.* — A. Ch.

FORMULAIRE

Pommade contre la fissure a l'anus. — Salmon.

Calomel	25 centigrammes.
Axonge.	4 grammes.

Mêlez. — Cette pommade est conseillée contre les fissures peu étendues de l'anus. On lave la région malade avec de l'eau tiède, puis on la graisse légèrement, et sans frotter, avec la pommade. — N. G.

COURRIER

Conseil général de la Seine. — Dans la séance de nuit du vendredi 28 novembre 1873, après une longue discussion sur l'organisation des asiles d'aliénés, le Conseil général, à une majorité de deux voix, émet l'avis :

« 1° Que les asiles d'aliénés reprennent leur organisation spéciale et distincte, et qu'ils soient de nouveau placés sous la gestion directe de M. le préfet de la Seine ;

« 2° Qu'il soit institué auprès de chacun des asiles de la Seine la commission de surveillance prévue par l'ordonnance du 18 décembre 1839;

« 3° Qu'il y a lieu de séparer à l'avenir, dans les asiles de la Seine, les fonctions administratives des fonctions médicales, à la condition d'une application rigoureuse du règlement de 1857 ;

« 4° Que la nomination des médecins ait lieu après un concours préalable. »

Dans la séance du 29 novembre, M. Béclard présente le rapport relatif aux enfants assistés. A la suite d'une discussion, le Conseil vote le crédit demandé pour l'exercice 1874. Ce crédit s'élève à 3,500,794 fr., dans lesquels les dépenses extérieures figurent pour la somme de 3,393,500 fr., soit, sur les prévisions du budget de 1873, un supplément de 250,000 fr., motivé par la nécessité d'augmenter le tarif des mois de nourrice et des pensions.

Au cas où la somme supplémentaire pour les nourrices ne suffirait pas, M. le préfet promet qu'il pourvoirait, au besoin, à un supplément de salaire.

— Un arrêté de mise en demeure va être notifié aux entrepreneurs des travaux de construction du nouvel Hôtel-Dieu, pour les inviter à reprendre les travaux suspendus depuis quelque temps. Les difficultés qui se sont élevées entre l'administration municipale et les entrepreneurs adjudicataires des travaux ont pour cause principale le règlement des dommages-intérêts auxquels prétendent les entrepreneurs, par suite de la suspension des travaux pendant le siége de Paris et la Commune. Ces derniers en avaient appelé devant le Conseil de préfecture de la Seine, chargé de statuer sur les réclamations de cette nature; mais le Conseil a déclaré les entrepreneurs mal fondés dans leur demande, en ce sens que, les travaux n'étant pas terminés, le règlement des dommages et intérêts, s'il y a lieu d'en accorder, doit être différé jusqu'au moment de la réception des travaux.

Devant la décision du Conseil de préfecture, les entrepreneurs ont porté l'affaire au Conseil d'État. Mais, en attendant, les intérêts de la Ville restent en souffrance; un capital énorme se trouve immobilisé, et les malades attendent l'emplacement qui leur est promis depuis si longtemps. Des travaux considérables restent encore à exécuter, des remaniements complets dans la distribution et dans l'aspect des constructions doivent avoir lieu d'après le plan adopté par le Conseil municipal. Il est temps que la question du nouvel Hôtel-Dieu se termine, car le nouvel Opéra sera prêt avant l'Hôtel-Dieu.

Sages-femmes. — Sur le rapport de M. Heredia, le Conseil général a voté 4,300 fr. pour entretien d'élèves sages-femmes à l'École d'accouchements, et 1,500 fr. pour prix aux élèves sages-femmes et frais de concours.

Italie. — Nous apprenons avec plaisir que, parmi les 20 sénateurs que vient de créer Victor-Emmanuel, se trouve le docteur Terenzio Mamiani, qui a présidé le Congrès scientifique tenu en Italie.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. le docteur HILLAIRET.

SYPHILIS A MARCHE TOUT A FAIT ANORMALE ;

Observation recueillie par A. RENAULT, interne du service.

L. F. B..., âgé de 37 ans, confiseur, entre le 17 juin dernier, dans la salle Saint-Louis, n° 8.

Parmi ses antécédents morbides, nous relevons quelques signes de scrofule dans les premières années de la vie : un impétigo du cuir chevelu, auquel il donne lui-même le nom vulgaire de gourmes, et un peu plus tard, vers l'âge de 7 ou 8 ans, une affection des yeux. Mais bientôt ces accidents disparaissent, la santé se raffermit complétement et ne subit aucune atteinte jusqu'à 17 ans.

A cet âge, il contracte des chancres volants et une blennorrhagie. Lui ayant demandé si ses souvenirs étaient encore assez présents pour nous fixer la durée de l'incubation, il nous a affirmé que celle-ci n'avait pas dépassé quarante-huit heures. Il reste établi qu'il tenait son mal de la dernière femme avec laquelle il avait eu des rapports, car il s'était écoulé un intervalle de plusieurs mois entre le dernier coït et celui qui l'avait précédé.

Le malade traite les ulcérations et la blennorrhagie par la méthode Raspail, et le tout disparaît en trois semaines.

Quatre années se passent sans le moindre accident, et L. F. se marie à 21 ans, dans les meilleures conditions de santé en apparence. Il a même, peu de temps après son mariage, un garçon qui se développe merveilleusement. Nous ajouterons que la santé de cet enfant n'a point périclité; aujourd'hui il se trouve dans sa dix-huitième année sans avoir fait la moindre maladie. La femme de notre client a toujours été et est encore d'une très-bonne santé.

Sauf quelques indispositions absolument insignifiantes, notre malade n'est arrêté dans son travail que par un érysipèle de la face, qu'il contracte à l'âge de 32 ans, en 1868. Nous n'insistons pas sur cette affection accidentelle, qui parcourt son évolution normale, et disparaît sans laisser la moindre trace.

Dans le courant de l'année 1870, il est atteint de douleurs vagues dans les articulations; ces douleurs se font sentir surtout pendant la nuit. Elles reparaissent de temps en temps à des intervalles variables. Le malade s'en préoccupe peu, et il les attribue à l'effet produit par un logement très-humide, qu'il a occupé pendant les trois dernières années qui ont précédé la guerre.

L. F. reste à Paris pendant le siége et la commune, sans que sa santé en subisse d'atteinte sérieuse. Nous voici arrivés aux premiers mois de l'année 1872.

Dans le courant de mars 1872, son attention est attirée par une petite tumeur indolente,

FEUILLETON

CAUSERIES

Quoique j'aie l'inestimable avantage d'écrire dans un journal scientifique, là où la science est toujours chaste, même toute nue, je me sens néanmoins embarrassé pour remplir la promesse que j'ai faite de parler, aussitôt que je saurais quelque chose de sérieux, de cette jeune femme ou fille à deux têtes qui fait tourner à cette heure bien des têtes parisiennes. Un savant professeur de physiologie de la Faculté des sciences de Paris a communiqué aux journaux et aux Sociétés savantes les impressions qu'il a reçues d'une visite faite au monstre bicéphale. Or, et quoique M. le docteur Bert n'ait pas tout vu, ni tout touché, — car il paraît que cela est défendu, aux termes du contrat qui lie le phénomène à son Barnum, ce qui semble un peu louche, — le professeur n'en entre pas moins dans quelques détails qu'il est assez difficile de présenter convenablement dans notre pudique langue.

— Que ne nous les présentez-vous en latin ? allez-vous me dire.

— D'abord, vous répondrai-je, il faudrait pouvoir écrire la belle langue de Celse avec la facilité et la pureté de notre savant confrère, M. Noël Gueneau de Mussy, dont le mémoire publié jeudi dernier, dans ce journal, est un petit chef-d'œuvre de bonne latinité. Ensuite, et par cela même de cette publication toute chaude encore et peut-être un peu osée, il convient de ne pas abuser de cette langue morte. Enfin, il me semble que je n'ai pas absolument besoin devant mes lecteurs d'imiter l'exemple de quelques confrères, rédacteurs scientifiques de grands journaux, qui se sont ingéniés à exprimer en très-bons termes, mais en langue vul-

qui siége au sommet du sternum. Bientôt la peau rougit, s'ulcère et laisse à nu, au dire du malade, une surface grisâtre à pus sanieux. D'autres tumeurs, de même apparence, se développent successivement sur le sommet de la tête, au creux de l'estomac et au-dessus du sourcil droit. Toutes suivent la même évolution que la précédente. Pendant ce temps, les premières en date se cicatrisent et laissent une surface déprimée et anfractueuse. A la même époque, les côtes et les os du crâne s'hypertrophient en divers points, en même temps que se déclare une céphalalgie très-vive avec redoublement nocturne. Le malade, fort inquiet et désespérant de guérir, s'il ne se soumet à un traitement approprié, entre à l'hôpital Saint-Louis.

Voici l'état que nous constatons le jour de son entrée :

Nous apercevons d'abord au-dessus du sourcil droit, à deux centimètres environ de la racine du nez, une plaie de l'étendue d'une pièce de deux francs, irrégulière, anfractueuse et en partie cicatrisée. Sur le vertex, et un peu à gauche de la ligne médiane, existe une vaste cicatrice, unie, violacée, glabre. Cette plaque est la trace indélébile d'une syphilide ulcéreuse guérie.

Au sommet du sternum et au creux épigastrique, on trouve deux cicatrices plus petites, ayant la même apparence que les précédentes et la même signification.

Mais ce qui préoccupe davantage le malade, c'est l'existence de tumeurs multiples sur divers points de la tête.

L'une d'entre elles, placée sur la portion droite du front, attire particulièrement notre attention. Elle est dure, immobile, et fait corps avec la surface de l'os. La peau qui la recouvre est normale et glisse avec facilité à sa surface. Son volume répond environ à celui d'une noisette. Sans nul doute, cette tumeur est une exostose du frontal.

Sur le vertex existent d'autres petites tumeurs analogues.

Mais la masse la plus importante occupe la région thoracique latérale à droite et à gauche. De ce côté-là surtout, on aperçoit dans le quart inférieur de la poitrine une tumeur diffuse, résistante, sans changement de coloration à la peau. Cette tumeur mesure environ 4 centimètres de hauteur et 6 de largeur. Elle paraît formée par l'hypertrophie de plusieurs côtes : en effet, il est impossible de retrouver à ce niveau les espaces intercostaux.

Sur la portion latérale droite du thorax existe une autre tumeur de même apparence, mais moins étendue. Toutefois, par son siége, elle ne correspond pas à celle du côté gauche. Elle est placée beaucoup plus haut, sur une ligne qui relierait le creux axillaire à la partie moyenne de la première pièce du sternum.

A part ces lésions locales, qui ont bien leur gravité, l'état général est assez satisfaisant. La face est pâle, mais l'appétit est bon et l'humeur rassurante. La constitution du malade semble d'ailleurs vigoureuse.

Interrogé sur ses habitudes, son genre de vie, notre client nous avoue qu'il a toujours fait de grands excès de boissons, surtout de 18 à 25 ans. De 25 à 35 ans, il a été un peu plus sobre. Il buvait cependant deux litres de vin régulièrement tous les jours; il s'en permettait

---

gaire et avec toutes sortes d'euphémismes charmants, des détails très-délicats et très-difficiles à exposer à des lecteurs mondains.

Voici donc ce que M. le professeur Paul Bert a pu apprendre *de visu* ou *de auditu*, et plutôt *de auditu*, c'est-à-dire par le récit d'un chirurgien anglais qui a pu se livrer, à Londres, à un examen assez approfondi, ayant été appelé à soigner l'une des sœurs d'un abcès à l'aine.

Ce bicéphale féminin est âgé de 22 ans; ce sont deux mulâtresses, nées d'une négresse et d'un blanc dans une petite ville de la Caroline du Nord. Il paraît que la venue au monde de ce phénomène ne donna lieu à aucun accident pour la mère, et que l'accouchement se fit sans encombre. Ce produit appartient à la famille des Parasitaires, genre *Pygopage*, dans la nomenclature peu harmonieuse de Geoffroy Saint-Hilaire.

Ce sont deux filles ayant deux têtes indépendantes, quatre membres supérieurs et quatre inférieurs, deux poitrines complétement séparées jusqu'à la région lombaire, où la soudure commence à la première vertèbre de cette région et se continue jusqu'au sacrum, qui est unique. Mais, dit le docteur Hector George, du *Constitutionnel*, les ouvertures du bassin sont communes, et tout à fait à l'extérieur on dirait une seule femme; cependant, plus profondément, les deux femmes reparaissent, indépendantes l'une de l'autre, et une seule et unique cause pourrait produire deux grossesses, et les produirait même à peu près infailliblement, si l'on en juge par les dispositions anatomiques de toutes les parties. En effet, d'après M. Bert, s'il n'existe qu'un seul rectum, un anus, une vulve et un vagin, il existe deux méats urinaires, deux vessies, deux clitoris, deux hymens, et l'on présume qu'il y a deux utérus. De sorte qu'elles pourraient concevoir simultanément par le fait d'un seul mari.

Christine-Melly, — c'est le nom du phénomène, a des fonctions tantôt indépendantes, tantôt uniques pour les deux corps. Puisqu'il n'y a qu'un anus, la défécation est unique, mais

même trois, ainsi que des liqueurs de toutes sortes, chaque fois que l'occasion s'en présentait. Depuis l'apparition des accidents, il boit beaucoup moins. Sa nourriture a toujours été saine et suffisante.

M. Hillairet lui prescrit 4 grammes d'iodure de potassium par jour, la tisane de salsepareille et trois bains sulfureux par semaine.

Peu de jours après l'entrée du malade, il se développe, au voisinage du bord supérieur de l'os frontal, un peu au-dessus de la périostose que l'on remarque sur la portion latérale droite de cet os, une tumeur gommeuse qui tend à se ramollir rapidement. Cette gomme acquiert le volume d'une noisette.

Grâce aux applications de teinture d'iode matin et soir, et au traitement général, cette tumeur se résout peu à peu.

Ce malade est sorti, sur sa demande, le 14 juillet, en voie d'amélioration très-avancée, mais non guéri cependant. Les tumeurs osseuses de la tête et des côtes ont sensiblement diminué, mais elles forment encore une légère saillie. Des plaques syphilitiques ulcérées, il ne reste qu'une cicatrice irrégulière et anfractueuse.

Depuis, ce malade est revenu deux fois à la consultation; il continue son traitement, et, aujourd'hui, il peut se considérer comme guéri.

Nous avons cru utile de rapporter cette observation, parce qu'elle nous retrace un de ces cas de syphilis dont la marche absolument anormale est en contradiction avec les doctrines qui ont cours aujourd'hui dans la science. Non-seulement nous devons nous arrêter sur la singularité de l'évolution morbide, mais encore sur le caractère exceptionnel des accidents du début.

Que nous apprend, en effet, la doctrine des dualistes? La syphilis débute toujours par un chancre, habituellement unique, à base parcheminée ou indurée. Cette ulcération infectante n'apparait qu'après une incubation prolongée : dix à quarante jours d'après les relevés du docteur Simonet. M. Alfred Fournier cite même un cas bien authentique dans lequel l'incubation aurait été de soixante-dix jours.

Le chancre mou ou chancre simple, au contraire, qui parait trois à cinq jours après le coït, n'est qu'une lésion locale, n'entraînant par conséquent jamais d'accidents constitutionnels. Il est habituellement multiple.

Or, dans le fait que nous rapportons, un premier chancre a paru quarante-huit heures environ après le coït; les autres, presque immédiatement après, probablement par inoculation de voisinage. Ils avaient l'aspect de chancres volants et ont été reconnus comme tels par un médecin.

On pourrait nous objecter que notre malade, qui a présenté plus tard des acci-

---

il y a deux urèthres, et la miction est indépendante, dit M. George, ce qui est incertain d'après M. Bert.

Quant aux mouvements, il est difficile d'apprécier ce qu'ils eussent été si l'habitude et l'exercice ne les eussent profondément modifiés. Les deux bustes présentent une inclinaison de 90 degrés, mais peuvent se rapprocher en s'aidant des bras, de manière à ce que les têtes puissent s'embrasser. Pour la marche, les deux jambes médianes s'avancent simultanément, puis les jambes extérieures; la danse est exécutée d'une autre manière; dans la valse, les jambes homonymes, dit M. Bert, s'avancent ensemble.

Voilà à peu près tout ce que l'on sait relativement aux fonctions organiques. Quant aux fonctions de la vie de relation, M. Bert s'exprime en ces termes, d'après la *Gazette hebdomadaire* :

« Les deux individus qui composent Christine-Melly ont le même caractère; ils offrent un développement intellectuel qui surprend les observateurs, et, malgré leur dénégation, on trouve une indépendance complète des deux têtes, c'est-à-dire des deux intelligences. Elles parlent plusieurs langues; l'une peut parler en anglais, tandis que l'autre parle en allemand; l'une se tait pendant que l'autre parle; elles peuvent suivre plusieurs occupations étrangères l'une à l'autre, mais elles se réunissent pour la marche.....

« Un fait remarquable est l'existence de rêves ou de cauchemars communs; la migraine, chez l'une, est ordinairement suivie de migraine chez l'autre.

« L'histoire pathologique est fort incomplète; elles ont eu ensemble la fièvre intermittente, elles ont été vaccinées toutes deux et portent des traces de vaccin; le pouls n'est pas synchrone, il est plus fort chez l'une que chez l'autre à la radiale, mais le pouls pédieux est le même chez les deux.

dents de syphilis constitutionnelle, nous a fourni des renseignements incertains ou même erronés sur la durée de l'incubation d'abord, sur la nature des chancres ensuite.

Avant de réfuter ces objections, il est utile de faire remarquer que cet homme est fort intelligent, s'exprime avec une grande netteté, et que tous ses souvenirs sont présents à son esprit.

Or, il nous paraît impossible de ne pas admettre comme vraie l'incubation de 48 heures dont il est parlé plus haut; car le malade nous affirme qu'au moment de l'infection, il y avait au moins trois mois qu'il n'avait vu de femme.

Pourrait-on invoquer ici la théorie du chancre mixte? La chose semble difficile; car toutes les ulcérations ont disparu en même temps et n'ont laissé aucune trace. Or, d'après les idées de M. Rollet, de Lyon, dans les cas de chancres multiples et simples en apparence, qui doivent être suivis d'accidents constitutionnels, l'une des ulcérations persiste plus longtemps que les autres, s'indure et prend tous les caractères du chancre infectant. Il y a eu, au point contaminé, l'insertion d'un double virus : l'un se traduisant de bonne heure par une lésion, dont l'aspect est caractéristique; l'autre, au contraire, bien différent du premier, évolue lentement, et, quand il a imprégné l'organisme, il se manifeste par une autre lésion, qui possède également des caractères spéciaux. En un mot, il y a transformation du chancre *in situ*; à base molle au début, il s'indure après le temps nécessaire à son incubation.

Le malade nous a signalé, il est vrai, la coïncidence d'une blennorrhagie avec les chancres, et un dualiste pourrait nous dire qu'il admet l'hypothèse d'ulcérations simples, mais que l'écoulement, selon toute probabilité, a été le signe d'un chancre larvé et infectant de l'urèthre. Nous avons questionné le malade à cet égard; si l'on en croit son récit, il n'aurait rien remarqué de semblable. Mais nous ne nous dissimulons pas que le fait d'une lésion pareille aurait pu passer pour lui absolument inaperçu. S'il en était ainsi, il rentrerait dans la théorie des dualistes, et l'apparition d'accidents consécutifs n'aurait alors rien d'anormal.

Nous ne voulons pas, d'ailleurs, insister davantage sur cette particularité. Nous admettons que ce cas puisse être considéré comme douteux, et, en nous arrêtant aussi longtemps sur le mode de début de l'infection, nous avons voulu simplement attirer une fois de plus l'attention des observateurs sur ces faits de syphilis constitutionnelle, dont la première manifestation est caractérisée par des chancres multiples et à base molle. En présence de lésions pareilles, le médecin agira de prudence

---

« Un fait remarquable est que, tandis que les mouvements des membres inférieurs sont parfaitement distincts, la sensibilité y est commune, la tête gauche apprécie la pression sur les deux membres droits, et réciproquement; de sorte qu'on peut considérer les deux têtes, les deux troncs supérieurs, comme des demi-individus ayant leur indépendance par rapport aux fonctions de relation, mais dont les parties inférieures sont uniques pour le sacrum et le rectum, et distinctes cependant pour les membres inférieurs. Ceux-ci ne sont plus aussi indépendants que les parties supérieures; il y a des communications vasculaires et nerveuses qui établissent une union intime entre les parties inférieures depuis la première vertèbre lombaire. La vulve ainsi que l'anus, uniques, sont, entre les deux régions supérieure et inférieure, le point de cette union. La concordance des caractères est une union psychologique bien difficile à apprécier, mais qui pourrait être l'origine d'observations les plus curieuses. »

Je le crois bien, et l'on ne comprendrait pas que la science laissât passer ce phénomène sans en tirer tout le parti que l'observation et l'examen peuvent espérer d'en tirer. Que doit vouloir le Barnum qui exhibe à la curiosité publique Christine-Melly? De l'argent. On parle bien d'un traité qui défend au Barnum d'exposer la monstruosité à tout examen scientifique; qui a vu ce traité? Il est infiniment probable que si une somme suffisante était offerte à l'exhibiteur, il laisserait procéder à tous les examens possibles. Cette somme devrait être fournie par le gouvernement et une commission serait nommée, composée d'un membre de l'Académie des sciences, d'un membre de l'Académie de médecine, d'un professeur de la Faculté de médecine, d'un membre de l'Académie des sciences morales, d'un professeur de la Faculté de théologie, d'un dessinateur et d'un peintre.

Que si le gouvernement refusait de faire les frais de cette enquête, il conviendrait d'ouvrir

en ne rassurant pas trop le malade sur l'avenir. Il faut, au contraire, lui recommander une surveillance très-active, et, tout en lui faisant part de ses espérances, le prévenir qu'il ne pourra se considérer à l'abri de l'infection que dans le délai de six mois. Après ce laps de temps, il n'y aurait plus, selon M. Ricord, aucune crainte pour le malade de voir apparaître les accidents secondaires, et par conséquent il serait préservé de la syphilis, puisque ce chaînon ne peut manquer dans l'évolution de la diathèse.

Cette loi ne comporte-t-elle aucune exception? En d'autres termes, pourrait-on affirmer à un malade qui, à la suite d'un ou de plusieurs chancres, n'a présenté dans le delai de six mois aucun symptôme de syphilis constitutionnelle, c'est-à-dire aucun accident secondaire, pourrait-on lui assurer, dis-je, qu'il n'a pas la syphilis, et qu'il peut être complétement affranchi de la crainte de voir paraître, dans un temps plus ou moins éloigné, 5, 10, 15, 20 ans, des lésions tertiaires sérieuses et difficiles à guérir?

Les anciens syphiliographes n'avaient point résolu la question. Autrefois, la doctrine uniciste dominait, et l'on attribuait au même virus les diverses formes de chancres qui se présentaient à l'observation. M. Ricord, le grand promoteur de la doctrine dualiste, a résolu le problème que nous venons de poser. Selon lui, la syphilis est une maladie dont l'évolution est régulière et en quelque sorte fatale. Elle se divise en trois périodes : les deux premières, rapprochées l'une de l'autre; la troisième, pouvant survenir longtemps après la seconde. A chacune de ces périodes correspondent des accidents déterminés, et la marche de la maladie est tellement réglée, qu'il est impossible de voir paraître des accidents tertiaires, s'ils n'ont été précédés d'accidents secondaires. Cullerier, le neveu, avait formulé les mêmes lois dans un remarquable mémoire, lu à la Société de chirurgie et publié dans les *Archives* pour 1844. Il est bien entendu que nous parlons ici de la syphilis normale, c'est-à-dire de celle qui n'a point été modifiée par le mercure. On sait, en effet, que le traitement mercuriel trouble la maladie dans son évolution et que, sous cette influence, les accidents secondaires sont atténués ou modifiés, et que même ils peuvent manquer.

Or, l'observation que nous rapportons est beaucoup plus intéressante en raison de la marche de la maladie qu'à cause du caractère anormal de l'accident primitif. Le malade, interrogé par nous avec le soin le plus scrupuleux, a constamment répondu par une négative formelle quand nous lui avons demandé, en les énumé-

---

une souscription publique qui, certainement, serait bientôt couverte par les simples savants, qui cependant ne sont pas riches.

Voilà mon idée, pour laquelle je ne demande pas de brevet d'invention.

Voyez, Monsieur mon correspondant anonyme, qui insinuez habilement vos manuscrits dans les poches de mon paletot, voyez à quoi déjà vous m'exposez! Voilà qu'un ami peut-être trop zélé de M. Piorry vous cherche noise pour avoir parlé, à l'occasion de cet honorable maître, de sa marotte de la nomenclature et de son exagération du plessimètre. Ce critique exigeant veut bien cependant reconnaître que le ton général de ces quelques lignes biographiques consacrées à M. Piorry est exempt de toute malveillance, et il en cite avec éloges la phrase terminale.

Je ne retiens que cela de la lettre de cet honorable correspondant, à qui j'ai l'intention d'être agréable en ne la publiant pas, parce que je crois qu'elle produirait un effet contraire à celui qu'il en attend, et que sa piété envers son maître, M. Piorry, en espérait.

Je ne sais si je dois dire que j'ai reçu quelques encouragements à continuer la publication du manuscrit de mon correspondant au paletot. Cette publication devant jeter quelque diversion dans les sujets un peu limités de ces causeries, je m'en servirai au besoin, et j'aurais entamé, dès aujourd'hui, la section de pathologie médicale de l'Académie de médecine, si Mademoiselle ou Mesdemoiselles Christine-Melly ne m'avaient pris trop d'espace.

Dr SIMPLICE.

Distinction universitaire. — M. le docteur Boinet, officier de la Légion d'honneur, vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

rant, s'il avait eu un ou plusieurs des accidents que l'on peut mettre au bilan de la période secondaire.

Chose peut-être plus étonnante encore : il se marie, quatre ans après, sans avoir éprouvé le moindre dérangement dans sa santé depuis la blennorrhagie et les chancres du début. Sa femme devient immédiatement enceinte et accouche d'un enfant très-bien portant. Cet enfant n'a jamais présenté le moindre signe de syphilis. Aujourd'hui, il a 17 ans. D'après le récit du père, il est grand et fort, et sa santé n'a jamais subi la moindre atteinte. Sa mère est également restée indemne; elle n'a pas eu depuis d'autre grossesse.

Certes, si un médecin, connaissant les antécédents du malade, eût été consulté à cette époque et qu'on lui eût demandé de porter un pronostic d'avenir, il aurait affirmé, sans faire même, nous le croyons, la moindre réserve, que le malade était désormais à l'abri de tout danger. Il aurait, en effet, basé son dire sur le caractère de l'accident primitif, l'absence des accidents secondaires et, enfin, le bon état de santé de l'enfant. Car, d'après le plus grand nombre des syphiliographes, l'hérédité, en matière de syphilis, est transmise surtout par le père. Cullerier est un des rares auteurs qui aient combattu énergiquement cette opinion et aient attribué à la mère la plus grande part dans l'infection syphilitique des nouveau-nés.

Il est vrai, ainsi que le fait remarquer M. Vidal dans sa thèse d'agrégation, que l'hérédité n'est point fatale. Mais alors, lorsqu'on se trouve en présence d'un de ces cas heureux, que peut-on rationnellement conclure, si ce n'est que le malade a éliminé le principe virulent et que, selon toute vraisemblance, il n'a plus à en redouter, dans l'avenir, les funestes effets ?

Toutefois, nous objecteront les syphiliographes, l'évolution de la maladie n'est pas aussi anormale que vous semblez le supposer; car le traitement mercuriel amène quelquefois tous ces résultats. Il peut agir sur la maladie au point de supprimer la période secondaire et de permettre à un père syphilitique d'engendrer un enfant bien portant. Nous connaissons ces faits, et loin de nous la pensée de les révoquer en doute. Mais tel n'est pas le cas de notre malade; il n'a jamais pris un atome de mercure. D'ailleurs, il s'est soigné au début, et pendant quelques jours seulement, par la méthode Raspail : c'est tout dire. On sait, en effet, les attaques violentes que ce médecin a dirigées contre le traitement mercuriel.

Ainsi, notre client ne s'est jamais traité; d'autre part, les partisans du mercure eux-mêmes ne lui auraient pas administré ce médicament; car rappelons-nous que les ulcérations du début n'avaient pas le caractère infectant et qu'elles n'ont point été suivies d'accidents secondaires; par conséquent, il n'y a eu aucun signe réel d'infection.

Un fait non moins intéressant à noter, en l'absence de tout traitement, est l'intervalle énorme qui sépare la lésion primitive des accidents tertiaires. Quand une syphilis est abandonnée à elle-même, il est rare qu'elle n'évolue pas avec rapidité. Les poussées se suivent à courte échéance, et les accidents tertiaires, si le malade doit en être atteint, apparaissent dès la seconde année ou dans le courant de la troisième. Ici, rien de semblable : les choses se sont passées absolument comme si le malade avait suivi un traitement prolongé et parfaitement régulier.

Ainsi : singularité de l'accident primitif, marche absolument anormale de la maladie, caractérisée par l'absence de la période secondaire, l'existence d'un enfant très-bien portant, sans traitement mercuriel antérieur, enfin, l'apparition d'accidents tertiaires graves à une époque où le malade pouvait se considérer comme absolument guéri, tels sont les traits principaux de cette observation.

Est-ce à dire que ce fait soit unique en syphiliographie ? Évidemment non.

Quoique très-rares, il en existe quelques-uns. M. Bazin en a cité dans son livre de la syphilis, et M. Desprès, dans son *Traité théorique et pratique de l'infection purulente syphilitique*, en dit également quelques mots. D'après lui, ces malades seraient généralement atteints de syphilides tuberculeuses en groupes ou tuberculo-ulcéreuses. Il cite, en particulier, le cas d'un homme qui présenta un ulcère phagédénique de la jambe, quarante ans après une blennorrhagie et un chancre.

Que conclure de cette observation, si ce n'est que le médecin doit être très-réservé dans son pronostic chaque fois qu'un malade se présente à lui porteur d'un chancre? Il doit, dans tous les cas, lui recommander une hygiène sévère et l'éloignement de toutes les causes qui peuvent débiliter son organisme. Ce fait, en effet, nous prouve que la maladie peut rester à l'état latent pendant de bien longues années. Il semble qu'elle n'attend qu'une occasion favorable pour reparaître. On peut attribuer, chez notre malade, les gommes et les exostoses à l'absence de tout traitement mercuriel; mais il est présumable aussi que les excès alcooliques énormes, auxquels il s'est livré pendant près de vingt années de sa vie, ont dû jouer un rôle très-actif dans la production des accidents, en débilitant singulièrement la force de résistance de l'organisme.

BIBLIOTHÈQUE

HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DES DOCTRINES MÉDICALES, par E. BOUCHUT.

Deux volumes in-8°. Germer-Baillière, éditeur.

La médecine est vieille comme le monde et son histoire remonte aux temps héroïques. Vaste par l'étendue qu'elle occupe dans le temps, elle ne l'est pas moins par la diversité des chapitres qu'elle comporte et la multiplicité des connaissances auxquelles elle se lie, aussi bien celles dont elle dérive que celles qui en découlent.

Science et art tout à la fois, elle comporte deux éléments capitaux : la doctrine et son application.

On comprend par là quelle immense diversité de points de vue elle peut offrir à qui veut l'envisager sous toutes ses faces; or, cela est nécessaire à qui entreprend de la dépeindre à son tour, quel que soit le côté qu'il se propose de mettre plus spécialement en lumière.

La plupart, quand il s'agit d'histoire, prennent tout simplement le sentier battu que suit la chronologie, partant des plus anciens pour arriver aux modernes; on se condamne alors à faire successivement l'histoire des personnalités plus ou moins marquantes qui ont illustré la science ou la profession, sans pouvoir les rattacher les unes aux autres par des liens philosophiques, et à revenir, à plusieurs reprises, sur les tentatives faites par une même école, aux âges divers qui se partagent le temps. Labeur aussi ingrat que peu fécond, bon pour un dictionnaire, mais différent du vrai travail historique.

D'autres partent du point de vue de la philologie et de la linguistique et, scrutant dans les auteurs anciens, les caractères de la forme plus que ceux du fond, commentant plus qu'ils ne jugent, analysant sans synthétiser, produisent des œuvres savantes plus qu'utiles.

Le traité de M. Bouchut est conçu selon un plan différent de ceux-ci : « En histoire, dit-il, il n'y a de véritablement utile que celle des idées par lesquelles se conduisent les hommes... ; c'est celle qui fait comprendre l'esprit et l'enchaînement des choses. En médecine surtout, l'histoire des variations de la pensée, c'est-à-dire des systèmes suivis d'âge en âge, me semble préférable pour le médecin qui veut connaître la philosophie de la science... Énumérer les doctrines fondamentales, indiquer leurs principes, les transformations qu'elles ont subies dans le cours des siècles; mentionner les découvertes qui s'y rattachent, raconter la vie et les travaux des principaux doctrinaires, » tel est l'objet de ce livre.

L'UNION MÉDICALE, fidèle à ses traditions, ne saurait laisser passer un travail de cette importance sans lui demander compte de son but et de la façon dont il a été poursuivi. Quand on a si longtemps combattu pour l'enseignement de l'histoire de la médecine, on ne doit rien omettre de ce qui peut contribuer à vulgariser cet enseignement.

La création d'une chaire d'histoire à la Faculté aura du moins été, pour M. Bouchut, l'occasion de montrer, une fois de plus, ses puissantes aptitudes au travail et sa fécondité; pour le public médical, elle lui vaut une œuvre magistrale, un traité d'histoire philosophique de la médecine, auquel on ne saurait refuser une conception originale du sujet; en un mot, une histoire des doctrines médicales et des principaux chefs d'école, avec des extraits choisis de leurs œuvres et une appréciation succincte de leur caractère.

Une semblable tentative n'était pas sans écueils, et je n'oserais dire que M. Bouchut a su les éviter tous. Il y a, dans l'appréciation des œuvres des médecins, plus d'une difficulté; il y a notamment celle qui se produit souvent et qui tient à l'absence de doctrine ou à la difficulté de la discerner au milieu des prolixités d'un auteur embarrassé; ou bien encore, et ceci est très-fréquent, le même auteur doit être classé sous différents chefs, parce qu'il a professé plusieurs doctrines à la fois; ce qui peut étonner d'abord, mais n'implique pas toujours la

contradiction, comme on le pourrait croire. Telle est, par exemple, l'association de doctrines qui réunit souvent l'humorisme, dans le détail des faits, au naturisme, pour ce qui est de leur appréciation philosophique.

Peu d'auteurs étaient mieux préparés à cette étude que l'auteur du *Traité de pathologie générale* que l'on connaît. Il faut être médecin plus encore qu'érudit, pour présenter ainsi, sur de telles bases, l'histoire de la médecine; et si les délicats de la chronologie relèvent ici quelque erreur, j'aime à croire que les médecins liront avec intérêt les appréciations portées sur les maîtres antiques et récents et que justifient prudemment de nombreuses citations.

Chacun des grands systèmes de doctrine qui sont successivement passés en revue par notre auteur est étudié d'abord dans ses origines. Le mouvement philosophique de l'époque est apprécié dans ses rapports avec ces origines, et il n'est pas jusqu'aux habitudes morales, jusqu'au mouvement politique, jusqu'à l'état de civilisation enfin qui caractérise cette époque, dont les influences ne soient scrutées, dans les relations qu'elles peuvent avoir, soit avec la naissance, soit avec les diverses évolutions des principales doctrines.

Tel est, par exemple, le rapprochement qui se fait naturellement entre le méthodisme, à ses origines, et les théories cosmogoniques et religieuses des matérialistes épicuriens et autres. A une époque plus rapprochée de nous, l'influence de la Révolution française est analysée à son tour, dans ses motifs et dans ses écarts, et jugée avec l'indépendance d'un esprit qui ne demande que la liberté pour les doctrines et le contrôle pour les faits.

Les grands systèmes qui se sont tour à tour partagé la faveur des esprits en médecine sont réduits à six groupes : le mysticisme ou la théurgie; le naturisme; l'empirisme, aussi ancien que la théurgie; l'anatomisme, le méthodisme et l'éclectisme.

Prenant le mysticisme dans sa source, c'est-à-dire dans le besoin qu'a l'homme de croire à l'intervention d'influences supérieures à sa nature, on le rencontre dans les premiers âges de l'histoire. Les formes qu'il prend chez les peuples sauvages, puis dans les diverses civilisations de la Perse, de l'Égypte, de la Grèce et de Rome, sont successivement exposées. Puis viennent les sorcelleries et les démonomanies, si répandues au moyen âge, et toutes les tristes manifestations de la crédulité moderne : le magnétisme, l'homœopathie, le somnambulisme, l'hypnotisme, etc...

Un chapitre, consacré au mysticisme médical chez les *Peaux-Rouges* du XIXe siècle, nous montre que ces folies n'ont pas d'âge, et que, si elles témoignent du besoin qu'a l'humanité de croire en tous temps et en tous lieux, elles sont loin de répondre au sentiment qui les inspire. L'influence des songes, de l'imagination, de l'imitation, est étudiée ensuite au point de vue de l'histoire sans doute, mais sans oublier la note philosophique, sur laquelle on peut être d'une opinion différente, sans cesser de s'intéresser aux appréciations de l'auteur.

Le naturisme, qui vient ensuite, aurait des attaches philosophiques avec les cosmogonies de Thalès et de Zénon et avec les enseignements de Pythagore. Hippocrate en est la personnification la plus ancienne, et, on pourrait presque ajouter, une des plus achevées. Sans doute, Daremberg a soutenu avec talent cette thèse qu'Hippocrate est un partisan du dogmatisme, c'est-à-dire que, chez lui, le raisonnement venait s'ajouter à l'observation; mais, s'il est dogmatiste par sa méthode, il est naturiste par ses principes et aussi par sa pratique.

Il faut lire tout au long l'exposé, délicat à présenter, de la doctrine hippocratique : les bases sur lesquelles elle repose; les extraits qui la formulent; les conséquences qu'elle comporte; la nature médicatrice ou la force de réparation que possèdent les êtres vivants; les sympathies physiologiques et morbides qui attestent l'unité de l'économie animée; les crises, preuve de l'effort réparateur; la révulsion, preuve de l'union des parties entre elles; telles sont les bases de la doctrine.

Un chapitre plein d'aperçus ingénieux et de larges appréciations nous montre les transformations du naturisme depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, sa décomposition en systèmes étroits dits solidisme, humorisme, pneumatisme, archéisme, animisme et vitalisme, selon que l'on personnifie la puissance de réparation naturelle dans les tissus, les humeurs, les esprits, l'archée, l'âme ou le principe vital. Le naturisme tient compte de tous les éléments dont l'homme se compose, dit M. Bouchut, mais l'habitude, la satiété d'esprit, le scepticisme et le besoin de changer l'ont décomposé et l'ont transformé en systèmes étroits et erronés.

Après avoir étudié les principales qualités des œuvres hippocratiques, la moralité professionnelle, le secret médical, les données philosophiques auxquelles se lient nécessairement la science et l'art, nous voyons quelle était l'étiologie, le pronostic, la thérapeutique et la nosologie elle-même dans cette œuvre immense.

Avec les pneumatistes, nous passons en revue Athénée et ses disciples jusqu'à Arétée.

Suit une étude aussi consciencieuse que largement comprise des œuvres de Galien. Galien, dont on a voulu faire un éclectique, parce qu'il fut universel, est un naturiste au premier chef par sa philosophie et classé ici comme tel. La philosophie, qu'à l'exemple d'Hippocrate il regarde

comme indissolublement attachée à la médecine, lui fournit encore sur la nature de l'homme, sur la dignité de la médecine et les devoirs du médecin, des idées et des conseils qui n'ont pas vieilli, et qu'il n'est pas inopportun de relire aujourd'hui. Son anatomie a un tel caractère de précision que l'on doute qu'il ne l'ait pas étudiée, au moins accidentellement, sur l'homme lui-même, et non plus seulement sur les animaux. Sa physiologie, plus étonnante encore, et sa pathologie, méritent les détails avec lesquels elles ont été exposées dans cette histoire.

On comprend, en lisant le résumé de tant de travaux, comment l'autorité d'une science semblable a pu s'imposer si longtemps aux âges suivants, et comment Oribase, Aetius, Paul d'Egine, Rhazès et les Arabes, ont subi l'ascendant d'une aussi puissante personnalité scientifique.

Nous arrivons à Paracelse et à ses éléments : soufre, mercure et sel, et à ses arcanes ou quintessence des corps, dans lesquels on pressent ce que l'on a depuis appelé les alcaloïdes. Ce chapitre est placé sous l'épigraphe suivante empruntée à Paracelse, et qui en résume bien l'esprit : « Avant la fin du monde, un grand nombre d'effets surnaturels s'expliqueront par des causes toutes physiques. »

Van Helmont nous est montré comme un partisan de l'observation directe des faits, et qui fait intervenir la physique et la chimie, l'archée et les ferments pour expliquer ces faits, et, quand cela lui fait défaut, n'hésite pas à faire mieux encore et à invoquer l'intervention divine et à s'appuyer sur des textes sacrés. Ses idées sur le mécanisme de la digestion et sur le dynamisme des médicaments sont encore un des côtés les plus intéressants de cette singulière figure médicale.

Stahl, considéré comme un naturiste transformé, est de plus un philosophe chrétien, à qui ses hautes aptitudes philosophiques, son savoir médical rare, ont permis d'écrire dans sa *Theoria medica vera*, ce qu'on pourrait appeler la somme médicale de son temps ; et c'est en vain, ajoute M. Bouchut, qu'on a cherché à l'amoindrir pour le faire oublier. La place qu'il s'est faite dans l'histoire de la médecine est bien trop grande pour qu'on puisse l'effacer.

M. Bouchut continue l'histoire du naturisme, par celle du vitalisme qu'il regarde aussi comme une transformation ou une descendance de celui-là. Il y a, en effet, pour beaucoup de médecins, un malentendu relatif à la signification du vitalisme, malentendu que les passions n'ont pas peu contribué à cultiver, mais que l'abandon des études de pathologie générale et de philologie contribue à entretenir.

Fizes, un des premiers, imagina la théorie qui sépare le principe de la vie du principe pensant et conscient ; Bordeu, après Sydenham, vinrent ensuite ; et Barthez, par la puissance de son talent et de son génie, mit le sceau à la doctrine tout en la vulgarisant. Je n'insiste pas sur les remarquables travaux que cette école a produits, ils sont exposés avec une complaisance facile à comprendre de la part de notre auteur, et que leur valeur justifiait assez, d'ailleurs.

M. Bouchut place ici sa doctrine à lui, comme étant aussi dérivée du naturisme ; il l'appelle le vitalisme séminal, c'est-à-dire qu'il repose sur l'hypothèse d'un agent vital ou séminal substantiel, susceptible d'être impressionné par les agents matériels, et dont les troubles d'impressibilité constituent la maladie.

Je n'insisterai pas sur ce point, et ne veux pas faire à la théorie séminaliste une place qui me manque pour les grandes théories dont je ne puis que signaler l'importance et montrer, avec l'auteur, l'enchaînement historique.

(*A suivre.*)

Dr A. FERRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er décembre 1873. — Présidence de M. DE QUATREFAGES.

Au commencement de la séance, M. le Président donne lecture d'une lettre par laquelle M. de La Rive, de Genève, fait part à l'Académie de la mort de son père, M. Auguste de La Rive, associé étranger. Le savant physicien était parti, il y a trois semaines, pour Cannes, où il se proposait de passer l'hiver. Frappé de paralysie en route, il ne put aller plus loin que Marseille, et c'est dans cette ville qu'un accès de fièvre violente l'enleva en quelques heures, jeudi dernier, 27 novembre.

M. Dumas rappelle, à cette triste occasion, qu'il était en relations avec M. de La Rive depuis l'année 1816. Il a su l'accident qui a empêché son ami d'aller à Cannes, et s'il n'a pas entretenu le public de ses inquiétudes à cet égard, c'est dans la crainte que quelque article de journal,

tombant par hasard sous les yeux du malade, ne lui causât une pénible et dangereuse impression. Tout le monde connaît, dit M. Dumas, les beaux travaux de M. de La Rive sur l'électricité, à l'étude de laquelle il a consacré sa vie entière. Il avait été préparé à ces études par son père qui, physicien très-distingué lui-même, s'était constitué le vulgarisateur passionné de tous les travaux d'Ampère. M. Aug. de La Rive, qui vient de mourir, est le premier qui ait vu le parti industriel que l'on pouvait tirer de l'électricité pour étendre l'or et l'argent à la surface du laiton. Il a inventé ce que l'on a appelé la galvanoplastie dont les Ruolz, les Christofle et tant d'autres ont tiré un si grand parti.

Tout le monde sait encore que les recherches de M. de La Rive sur l'étincelle électrique dans le vide ont permis d'expliquer la plupart des phénomènes que présentent les aurores boréales. M. Dumas ajoute, en terminant, que M. de La Rive faisait le plus noble usage de sa grande fortune. Son laboratoire était ouvert à tous les jeunes gens désireux de faire des recherches scientifiques, et sa maison offrait la plus large hospitalité aux savants du monde entier.

La correspondance est remplie, comme celle des séances précédentes, de communications relatives à la destruction du phylloxera. M. l'ingénieur Dumont affirme que tous les insecticides proposés jusqu'à présent ont été inefficaces. Le seul moyen capable, selon lui, de donner de bons résultats, est l'inondation des vignobles ravagés. C'est pour cela que M. Dumont a offert de construire un canal de dérivation du Rhône. Mais un autre ingénieur pense que l'eau de mer seule serait capable de détruire le phylloxera.

M. Chaplas annonce que le passage des étoiles filantes, toujours si nombreuses en novembre, a manqué cette année. La nuit du 12 au 13 novembre, pas plus que celle du 27 au 28, n'a permis de constater la pluie habituelle d'astéroïdes qu'on observe à cette époque. La moyenne par heure, qui est ordinairement de 11 plus un dixième, ne s'est élevée qu'à 12 pendant les nuits indiquées plus haut. Il n'est donc pas étonnant que les abaissements de température prédits par les observateurs qui s'occupent spécialement des étoiles filantes, ne se soient pas fait sentir.

A ce propos, M. Le Verrier s'élève contre la prétention des météorologistes qui veulent retenir dans leur domaine le phénomène des étoiles filantes. Ce phénomène est purement astronomique, et M. Le Verrier regarde comme établi de la façon la plus positive que les étoiles filantes sont des essaims cométaires, venant des profondeurs de l'espace et détournés de leur marche par l'attraction des grosses planètes dans la sphère d'action desquelles ils passent. L'essaim de novembre, en particulier, observé depuis plus de 800 ans, met environ 33 ans et demi à accomplir sa révolution. On le reconnaît à ce que les grands passages reviennent à des intervalles régulièrement périodiques, c'est-à-dire qu'en comparant entre elles plusieurs périodes de 33 ans et demi, on veut que les maxima et les minima de l'apparition des étoiles filantes, le 12 et le 27 novembre, correspondent aux mêmes périodes.

Nous espérons avoir là-dessus l'avis du savant M. Silbermann qui, depuis tant d'années, étudie les étoiles filantes, et qui a fait l'hiver dernier, à la salle Gerson, de si intéressantes conférences sur ce même sujet.

M. Faye revient au mode de formation des trombes et il combat, à l'aide de nouvelles considérations et de nouvelles figures au tableau, l'opinion qui leur attribue un mouvement ascensionnel.

M. le général Morin, qui, pour nous servir de ses expressions, a été longtemps pontonnier sur les rives du Rhin, assimile les tourbillons si dangereux du fleuve aux trombes atmosphériques. Il pense que les uns et les autres obéissent au même mécanisme de formation, et il confirme par analogie l'opinion de M. Faye, qui veut que les cyclones se dirigent de haut en bas.

M. le général Morin explique, par la dépense considérable de force vive qui se perd dans les tourbillons de l'eau, pourquoi le Rhin qui, à Strasbourg, est à 140 mètres plus bas qu'à Bâle, n'a cependant pas une vitesse de courant plus grande. Elle est, d'ailleurs, considérable telle qu'elle est. M. le général Morin l'évalue, en effet, à 6 ou 7 mètres par seconde à Strasbourg. — M. L.

JOURNAL DES JOURNAUX

Antagonisme de la digitaline et de la saponine. — Il résulte des expériences faites par Köhler, que le cœur d'un animal empoisonné avec le principe actif de la saponaire est semblable à celui dont les nerfs afférents ont été coupés, et dont les battements ne dépendent plus que de l'excitabilité et de l'irritabilité musculaires. Le cœur d'une grenouille arrêté ou plutôt suspendu ainsi par la saponine peut être remis en mouvement par la digitaline, et réciproque-

ment ce cœur, arrêté par la digitaline, peut également reprendre ses battements sous l'action de la saponine. La digitaline agit par une forte excitation du ganglion moteur musculaire, et la saponine par la dépression de l'influx nerveux surexcité du cœur.

Quand l'action du cœur est ralentie par l'un de ces agents, l'autre l'accélère. La digitaline renforce les battements du cœur empoisonné par la saponine. Elle peut aussi retarder la dépression du centre respiratoire, mais non l'abaissement rapide de la température.

L'antagonisme des deux substances n'est pas aussi complet quand, à la fin de son action, la digitaline a amené la paralysie du ganglion moteur musculaire et du cœur; il est ainsi plus marqué et durable avec de faibles doses. Néanmoins la digitaline n'arrête pas l'action topique de la saponine et ne peut être considérée comme son antidote. (*Arch. für exp. pathol. med. pharm.*)

L'emploi assez fréquent de la saponaire et de son extrait en France donne un certain intérêt à ces recherches expérimentales. Elles peuvent rendre compte de certains effets observés.

P. G.

FORMULAIRE

Électuaire diurétique.

Nitrate de potasse	4	grammes.
Carbonate de potasse	4	—
Teinture de scille	2	—
Teinture de digitale	2	—
Miel blanc	60	—

Mêlez, pour un électuaire qu'on donnera par cuillerées à café, dans l'espace de trois ou quatre jours, pour activer la sécrétion rénale, dans diverses formes d'hydropisie. En même temps, on agira sur l'intestin à l'aide de purgations répétées. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 6 Décembre 1780.

Joseph Lieutaud, premier médecin de Louis XVI, meurt à Versailles, à l'âge de 77 ans. Anatomiste illustre, qui a ouvert un nombre prodigieux de cadavres, et en a tiré des observations fines et délicates, une description exacte de l'œil, du cerveau, du pharynx. — A. Ch.

COURRIER

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Estor (Pierre-André-Marie-Alfred), docteur en médecine, est nommé professeur de médecine légale et toxicologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Valeur d'un diplôme étranger. — Le chargé d'affaires de France à Madrid a adressé, le 3 octobre, au ministre des affaires étrangères, la dépêche suivante, relative à la valeur du titre de licencié en médecine délivré en Espagne :

« Monsieur le duc,

« Par sa dépêche du 15 septembre dernier, Votre Excellence m'a fait l'honneur de me demander, au nom de M. le ministre de l'instruction publique, si le titre de licencié en médecine, en Espagne, suppose quatre années d'études, ou bien s'il équivaut seulement au grade d'officier de santé.

« Sous l'ancienne législation, le titre de licencié en médecine ne s'obtenait qu'après six années d'études et donnait le droit, à celui qui en était muni, d'exercer la médecine par toute l'Espagne. Il en est encore de même, quant aux prérogatives du titre; seulement, depuis que, par décret du 21 octobre 1868, l'enseignement a été déclaré libre en Espagne, l'obtention des titres académiques, tout en restant soumise aux mêmes sujets d'études et aux examens spéciaux et généraux, a cessé d'être restreinte à un nombre déterminé d'années d'assistance aux cours. Il en résulte que, maintenant, le grade de licencié en médecine peut être donné après quatre ans d'études, si, aux examens, le candidat est reconnu capable. Pour arriver au grade de docteur, le licencié doit suivre, pendant un an, un cours à l'Université centrale; mais ce grade supérieur ne lui donne pas davantage la faculté d'exercer la médecine.

« J'ai l'honneur, etc. Signé : La Rochefoucauld. »

Choléra. — On mande de Munich, le 1er décembre : « Il est fortement question de sus-

pendre les réunions de la Chambre et de licencier les élèves des écoles populaires de Munich, à cause des progrès de l'épidémie cholérique.

« Du 29 au 30 novembre, il y a eu 35 cas, dont 13 décès, quelques-uns foudroyants ; du 30 novembre au 1er décembre, il y a eu 20 nouveaux cas et également 13 décès.» (*Gaz. d'Augsb.*)

Universités en Prusse. — Les neuf Universités prussiennes, l'Académie de Münster et le lycée de Braunsberg, comptaient, pendant le dernier semestre d'été de 1873, 434 professeurs titulaires, 177 supplémentaires (*ausserordentliche*), et 216 agrégés libres (*Privat-Docenten*), total 827, dont 79 enseignant la théologie évangélique, 29 la théologie catholique, 85 la jurisprudence, 229 la médecine, 405 la philosophie.

L'Université de Berlin avait 178 professeurs ; celle de Boun, 100 ; celle de Breslau, 98 ; celle de Gœttingue, 85 ; celle de Greifswald, 54 ; celle de Halle, 82 ; celle de Kiel, 54 ; celle de Kœnigsberg, 68 ; celle de Marbourg, 62 ; celle de Münster, 27 ; celle de Braunsberg, 9.

Il y avait, en outre, 13 maîtres (*lectoren*) pour les connaissances linguistiques, plus 34 professeur de gymnastique, d'escrime, etc.

Le nombre total des étudiants immatriculés était de 7,199, dont 6,233 nationaux et 966 non prussiens. Ces étudiants se répartissaient entre les diverses Facultés : Faculté de théologie évangélique, 798 ; de théologie catholique, 406 ; de jurisprudence, 1,722 ; de médecine, 1,587 ; de philosophie, 2,686.

A ces chiffres, ajoutons un total de 1,685 personnes autorisées à suivre les cours ; d'où il résulte que, dans ladite période, 8,884 individus, ont assistés aux leçons dans les Universités prussiennes. Dans ce nombre, Berlin figure pour 3,051 ; Boun pour 834 ; Breslau pour 1,022 ; Gœttingue pour 879 ; Greifswald pour 531 ; Halle pour 961 ; Kiel pour 174 ; Kœnigsberg pour 581 ; Marbourg pour 392 ; Münster pour 339 ; Braunsberg pour 20.

Les journaux de Prusse auxquels nous empruntons ces chiffres ajoutent que, pendant le semestre d'hiver 1872-73, le nombre des étudiants immatriculés avait été de 7,606, dont 2,100 avaient quitté pour le semestre d'été ; en revanche, il était arrivé 1,693 étudiants nouveaux.

La vaccine au Conseil municipal. — Dans la séance du Conseil municipal du 28 novembre, M. Depaul, chargé de présenter un rapport sur l'article premier du chapitre VIII (indemnité pour la propagation ou la conservation de la vaccine), constate que le service est très-mal fait dans les arrondissements de Paris. L'organisation municipale de la vaccine est presque nominale. C'est à peine si, sur vingt mairies, trois ou quatre communiquent à l'administration centrale les documents relatifs à cette importante question. Il faut aussi reconnaître que le crédit de 10,000 fr., alloué pour ce service, est complétement insuffisant. M. Depaul voudrait qu'une commission composée d'hommes compétents pût examiner la question, et que M. le préfet fût invité à prendre à ce sujet l'avis de l'Académie de médecine.

Nous sommes heureux d'apprendre que les conclusions du rapport de M. Depaul ont été adoptées par le Conseil.

— Le *Progrès de Lyon* donne des détails sur les fraudes et falsifications qui sont commises dans le commerce du poivre.

Le poivre en poudre, dit ce journal, est souvent, presque toujours, mélangé avec du fleurage de boulangerie. L'odeur et la saveur du poivre sont considérablement altérées par ce mélange qui n'a rien de dangereux, mais qui constitue au premier chef une tromperie sur la marchandise vendue.

On mélange aussi le poivre avec de la farine de lentilles, avec de la terre dite terre d'Auvergne, de la craie, du tourteau de lin ou d'autres graines ; de la poudre de talc, de craie ou d'amidon.

Il y a un moyen très-simple de déjouer toutes ces ruses, c'est d'acheter dans chaque ménage un petit moulin très-fin, destiné à moudre le poivre. En achetant le poivre en grain, et en le broyant soi-même, on sera certain d'obtenir un condiment pur et possédant toute sa saveur et tout son parfum.

— Les chefs des principales maisons de commerce de Londres dans l'article thé, viennent de décider la nomination d'une commission qui sera chargée d'exposer au gouvernement la nécessité d'organiser, dans l'intérêt de la santé publique, la vérification chimique du thé à son arrivée en Angleterre. L'attention du gouvernement anglais a d'ailleurs été appelée sur cet objet, et c'est d'après ses ordres qu'ont été instituées, depuis peu de temps, les nombreuses poursuites à charge de détaillants qui avaient vendu du thé falsifié. (*Indépendance belge.*)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Note

qui devait être présentée à M. Duruy, alors ministre de l'instruction publique,

SUR L'UTILITÉ DE LA CRÉATION D'UNE SECTION DE PHILOSOPHIE, D'HISTOIRE ET DE LITTÉRATURE MÉDICALES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

AVERTISSEMENT.

Quelques jours avant que M. Duruy quittât le ministère de l'instruction publique, j'avais l'honneur de l'entretenir de mes idées sur la création d'une section d'histoire, de philosophie et de littérature médicales à l'Académie de médecine. M. Duruy, qui m'avait écouté avec une grande bienveillance, eut la bonté de me demander de lui présenter une note écrite sur cette question, que je m'empressai de rédiger. Mais, le jour même où je me disposais à lui remettre cette note, le *Journal officiel* annonçait son remplacement. Cette note faisait partie des papiers qui m'ont été volés à Châtillon par les Allemands; mais j'en ai retrouvé le brouillon dans mes papiers restés à Paris. Je viens de le relire sans trop de complaisance; il m'a semblé que cette note contenait quelques bonnes raisons que je pouvais peut-être me hasarder à présenter au public.

Puissé-je ne pas me tromper!

Monsieur le ministre,

Je prends la liberté d'appeler votre attention sur un point de l'organisation de l'Académie impériale de médecine. Cette organisation remonte presque à un demi-siècle (1820), et rien n'a été changé depuis aux divisions que l'on crut devoir établir à cette époque. Onze sections furent instituées; elles subsistent encore avec leurs dénominations et leurs attributions. Il n'entre pas dans le but de cette note de rechercher si cette organisation est la meilleure possible; si elle ne serait pas susceptible de modifications avantageuses; si le nombre des membres ne devrait pas être restreint dans quelques sections, étendu dans quelques autres; si toutes les sections portent une dénomination convenable; si leur ensemble représente les progrès de la science et de l'art depuis un demi-siècle; enfin, s'il ne serait pas utile de remanier la constitution de cette Compagnie savante et de modifier son mode de fonctionnement. Le but plus limité de cette note est de signaler à Votre Excellence une lacune importante et grave qui existe, et qui a toujours existé, dans les sections dont l'Académie impériale de médecine se compose.

Ce n'est pas à un esprit de votre élévation, Monsieur le ministre, qu'il est nécessaire de chercher à démontrer que la science médicale doit posséder et possède, en effet, sa tradition et son histoire, qu'elle a une littérature d'une richesse incomparable, et que, science d'observation, les faits qui lui servent de base doivent avoir été ou peuvent être fécondés par l'induction, ramenés à des principes généraux, devenir, en un mot, les éléments de sa philosophie.

Il n'y a pas de science plus ancienne que la médecine; elle est contemporaine de l'humanité; elle est née avec les premières souffrances de l'homme. Aussi constate-t-on son existence dans toutes les littératures, dans toutes les civilisations. On en trouve des monuments dans la plus haute antiquité de l'Inde, chez les plus anciens peuples de l'Asie; la Bible est parsemée de ses préceptes; elle remplit un rôle considérable en Égypte, d'où elle passa en Grèce, et c'est son éternel honneur que, plus de 400 ans avant l'ère chrétienne, sous Périclès, en même temps que Phidias sculptait le Parthénon, que Socrate et Platon changeaient la face de la philosophie, bien avant Aristote, notre grand Hippocrate ait pu élever à la science médicale un corps de doctrine qui prouve autant l'antiquité de la médecine que le génie d'observation du médecin de Cos.

D'Hippocrate à Galien, l'école alexandrine marque une phase importante de l'histoire de la science médicale; des médecins célèbres y fleurirent, des décou-

vertes éclatantes y furent faites. Toute cette science se trouve exposée dans l'œuvre du médecin de Pergame, œuvre colossale, encyclopédie médicale immense entreprise par un seul homme, et qui, après dix-huit siècles, fait encore l'étonnement et l'admiration des savants.

Jusqu'à la chute de l'empire romain, la littérature médicale grecque et latine brille d'un éclat plus ou moins vif. Le temps a respecté les noms et les œuvres de Celse, d'Arétée de Cappadoce, de Paul d'Égine, des compilateurs Oribaze, Aetius, etc.

Dans la nuit du moyen âge, la science médicale, grâce aux médecins arabes, évite le naufrage où s'engloutissent les arts et les sciences; à la Renaissance, la tradition grecque et romaine peut se renouer assez facilement, et, à la découverte de l'imprimerie, d'innombrables manuscrits sur la médecine, livrés à l'invention récente, attestent avec quel zèle, quel dévouement, quel respect et quelle piété s'était conservé le culte de la médecine antique.

Du xvᵉ siècle jusqu'à nos jours, l'histoire de la médecine, en Italie, en Allemagne, en France, en Angleterre, en Espagne, présente une succession incomparable de faits, de découvertes, de doctrines. Les livres se multiplient; aucune science, si ce n'est la théologie, n'a une littérature plus vaste, et l'histoire de l'ensemble ou des diverses parties de la science médicale présente le tableau le plus curieux et le plus mouvementé des efforts de l'esprit humain et de ses aspirations vers le progrès.

Cependant, Monsieur le ministre, les études philosophiques et historiques en médecine, d'un si grand intérêt et si fécondes, les recherches d'érudition et les travaux de critique ont été fort négligés en France, et notamment à Paris, depuis la fin du dernier siècle. Cet abandon tient à plusieurs causes, que je me permets de vous indiquer seulement.

Le triste décret de l'Assemblée législative expirante, qui supprima les Corps enseignants et les Compagnies savantes, eut pour les études médicales un résultat déplorable et qui se fait encore sentir. Cependant, les exigences de la guerre et le besoin des médecins d'armée imposèrent la nécessité de rétablir les Corps enseignants. La loi de ventôse an XI, qui régit encore l'enseignement et l'exercice de la médecine, fut une loi réparatrice si on la compare à la situation qu'elle venait remplacer, mais a été toujours et est devenue bien plus encore, de nos jours, une loi insuffisante et incomplète. Il fallait, avant tout, donner aux élèves des Écoles de médecine, et le plus rapidement possible, une instruction pratique et manuelle qui permit de les employer à bref délai, soit et surtout dans les armées, soit dans la pratique civile. C'est cette loi, Monsieur le ministre, contre laquelle, avec le bon sens, le Corps médical ne cesse pas, depuis cinquante ans, de protester, qui a institué deux ordres de médecins, les docteurs et les officiers de santé, c'est-à-dire des médecins et des demi-médecins, comme s'il y avait des demi-malades, comme si tous les hommes n'étaient pas égaux devant la maladie et ne devraient pas l'être devant la science médicale!

Sous l'empire de cette loi, l'enseignement historique, philosophique et littéraire de la médecine n'a dû jouer qu'un rôle effacé et secondaire; pour mieux dire, il n'a jamais existé.

Une deuxième cause de l'affaiblissement des études philosophiques et historiques en médecine, il faut la rechercher dans les idées et les principes qui, depuis la fin du dernier siècle, ont prévalu dans cette branche des sciences naturelles. A la méthode cartésienne et à son spiritualisme, ont succédé et ont régné presque sans partage la méthode de Condillac et son sensualisme. Blâmer cette tendance, ce serait méconnaître les services qu'elle a rendus à la médecine et les progrès qu'elle a réalisés par elle. L'observation et l'expérimentation ont pris un tel essor, aidées des procédés et des pratiques empruntés à la physique et à la chimie, elles ont conduit à des découvertes si nombreuses et si éclatantes, qu'on a pu penser et qu'on a pensé, en effet, qu'il n'y avait de vrai, d'utile et de digne d'étude que la science

récente, l'étude du passé ne pouvant servir qu'à satisfaire la curiosité des érudits, sans profit actuel et sans application possible.

Avec de pareilles tendances qui, je le répète, ont valu de brillantes conquêtes aux sciences médicales, mais qu'il faut regretter d'avoir vues trop exclusives, trop dominantes dans l'enseignement et trop intolérantes, la critique philosophique, historique et littéraire, oubliée et dédaignée, ne pouvait faire et n'a fait aucun progrès. Aussi l'histoire, la philosophie et la littérature médicales ne figurent-elles plus depuis plus de quarante ans sur le programme de l'enseignement officiel de la médecine (1); aussi l'Académie de médecine ne les a-t-elle pas admises dans les sections qui la composent.

Dès lors, Monsieur le ministre, qui se serait tourné vers des voies qui ne conduisaient à rien, ni aux honneurs du professorat, pas même à ceux de l'agrégation, ni aux honneurs académiques? Les publications de cet ordre ne trouvant que de rares lecteurs, trouvaient des éditeurs moins empressés encore. Aussi faut-il admirer le dévouement et le courage de quelques savants et de quelques libraires qui, dans un pareil milieu et au sein de cette générale indifférence, n'ont pas craint d'aborder des entreprises littéraires considérables, comme la réédition du texte grec de la collection hippocratique avec traduction française, notes, commentaires et arguments, la traduction des œuvres de Galien, d'Oribaze, de Paul d'Égine, et quelques autres publications d'intérêt philosophique, historique et littéraire pour la science médicale.

Si vous daignez me le permettre, Monsieur le ministre, dans une autre note j'aurai l'honneur de vous soumettre quelques considérations en faveur du rétablissement, dans les Facultés de médecine, d'une chaire de philosophie, d'histoire et de littérature médicales. Dans ce présent travail, je n'ai pour but que d'appeler votre bienveillante attention sur l'utilité de la création, à l'Académie impériale de médecine, d'une section de philosophie, d'histoire et de littérature médicales. D'ailleurs, la question de ces deux créations est connexe, les motifs que l'on peut invoquer en faveur de l'une sont également favorables à l'autre, et, dans l'ordre logique des choses, l'une doit entraîner l'autre.

Commencer la restauration des études philosophiques et historiques par l'Académie de médecine, c'est reconnaître l'empire de conditions existantes et auxquelles il est plus facile d'obéir que de résister. Par suite de circonstances inutiles à indiquer ici, le mouvement scientifique, en médecine, naguère concentré dans les corps enseignants, s'est principalement porté vers les compagnies savantes. Aujourd'hui, l'Académie de médecine est le foyer le plus éclatant de la science médicale actuelle. Tout y aboutit, et d'elle tout rayonne. Sa correspondance est immense; sa tribune est libre et, grâce à la presse périodique, ses discussions obtiennent un retentissement considérable. Être membre de l'Académie de médecine est un honneur vivement sollicité et, à chaque vacance, des candidats nombreux et de grand mérite placent la Compagnie dans l'embarras du choix.

(*La fin à un prochain numéro.*) Amédée LATOUR.

(1) Je rappelle que cette note a été écrite avant le rétablissement de la chaire d'histoire de la médecine à la Faculté de Paris, rétablissement si souvent et depuis longtemps sollicité par la rédaction de ce journal.

PATHOLOGIE

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE OUVERT DANS LA CAVITÉ PLEURALE DROITE; — PYO-PNEUMOTHORAX ET VOMIQUES ABONDANTES; — OPÉRATION D'EMPYÈME; — GUÉRISON.

Observation rédigée par le docteur ROBERT, de Pau,

ET SUIVIE DE RÉFLEXIONS

Par le docteur MOUTARD-MARTIN,

Médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine.

L'observation qui suit est d'autant plus intéressante qu'elle a été rédigée par le

patient lui-même, ancien élève des hôpitaux de Paris, médecin à Pau, et que tous les faits dont il donne la relation ont été constatés par un grand nombre de médecins à Pau, et, entre autres, par les docteurs Duboué et Meunier, qui, tous deux, font autorité en matière de clinique. Je laisse la parole à notre jeune confrère, en donnant l'assurance que ce qui suit est le simple récit détaillé, mais peut-être atténué, de sa longue et douloureuse maladie.

Le 25 décembre 1870, peu de jours après la bataille de Pont-Noyelles, je fus pris tout à coup, sans malaise antérieur, d'une hémoptysie abondante, formée d'un sang noir, peu aéré, précédée d'une petite toux et suivie d'une fièvre légère. J'attribuai au froid extrême que nous subissions depuis quelques jours cet accident que je rapportai alors à une congestion pulmonaire simple, et me contentai pour tout traitement d'interrompre ma campagne pendant huit jours que je passai à Amiens dans des conditions d'hygiène mieux entendue et de repos relatif. Pendant mon séjour dans cette ville, je continuai à cracher du sang tantôt liquide, tantôt en caillots cylindriques; chaque soir, après le repas, une fièvre peu intense s'emparait de moi, durait environ deux heures et faisait place à un sommeil assez bon. L'appétit restait capricieux, et peu d'aliments suffisait à le calmer.

Le 6 novembre, je quittai Amiens pour rejoindre mon ambulance, et terminai la campagne sans avoir à signaler de nouveaux accidents. Toutefois, une fièvre lente s'allumait après chaque repas, mes nuits étaient agitées, troublées par des rêves pénibles, et l'appétit devenait chaque jour plus languissant.

Ayant négligé de me faire ausculter, je ne puis donner de symptômes plus précis sur cette première période qui s'étend du 25 décembre au 1er mars, époque à laquelle l'ambulance étant dissoute, je pus rentrer dans ma famille, et me livrer au repos le plus complet jusqu'au 1er juillet.

A cette dernière date, je repris mes travaux habituels à Pau, dans un état de santé relativement bon, mais qui ne tarda pas à devenir de moins en moins satisfaisant. Je ne cessais de me plaindre de douleurs intercostales, sans siége précis; une toux opiniâtre, suivie d'une expectoration muqueuse et pigmentée me fatiguait; je sentais chaque jour mes forces s'affaiblir, et, croyant à un état palustre que me faisait soupçonner un violent redoublement de fièvre qui se manifestait tous les soirs à la même heure, j'absorbais du sulfate de quinine à la dose de 0,50 c. et 1 gramme par jour. Mais le spécifique restait sans résultat durable; l'appétit devenait chaque jour plus faible et mes nuits étaient de moins en moins réparatrices.

Le 6 octobre, je fus appelé à me rendre près d'un malade à dix lieues de Pau. Pendant le trajet que je fis en voiture, je ressentis en arrière, à la base du côté droit et dans un point fixe, une douleur obtuse, qui augmentait à la pression et m'obligeait à m'étendre le plus possible, car elle augmentait dans la situation verticale assise. Dans la soirée, je remarquai que ma voix était cassée et comme frémissante; l'inspiration pénible réveillait la douleur déjà signalée, et j'éprouvai sur le même point et dans le même temps une sensation analogue à celle que donne un emphysème cellulaire à la pulpe des doigts qui l'examinent; c'était, pour mieux exprimer cette sensation étrange, comme une série de bulles crépitantes qui venaient crever à la peau, dans un espace très-circonscrit. Croyant à un point pleurétique, je me livrai à un exercice violent qui provoqua une transpiration abondante. A mon retour à Pau, le 8 octobre, je fis demander mon excellent confrère, le docteur Duboué, et le priai de m'ausculter, en insistant particulièrement sur le point douloureux fixe et la sensation particulière que je me suis efforcé de traduire. L'auscultation lui révéla à ce niveau un frottement ascendant et descendant analogue à celui que produit le cuir neuf froissé entre les doigts; la matité était fort limitée. Sur son conseil, j'appliquai un vésicatoire volant. Dès le troisième jour, je ne ressentis plus la douleur ni la sensation qui m'avait si péniblement préoccupé, et mon confrère constatait une amélioration progressive jusqu'au 28 octobre, époque à laquelle, me considérant comme guéri, il m'engagea à profiter des derniers beaux jours pour reprendre l'habitude du grand air. D'ailleurs, si je néglige l'oppression bien naturelle à la suite d'une pleurésie, je me sentais bien et me croyais réellement convalescent.

Le 9 novembre, à la suite d'une promenade prolongée plus que de coutume, j'éprouvai tout à coup une pesanteur considérable dans la région du foie et m'aperçus que le bord tranchant de cet organe était au niveau de l'ombilic; la vésicule du fiel, distendue, formait un relief piriforme très-appréciable, et le lobe gauche occupait toute la région de l'épigastre; l'oppression avait considérablement augmenté. Je m'administrai le 9, en l'absence du docteur Duboué, un purgatif drastique, et le lendemain un large vésicatoire volant sur l'hypochondre droit. A son retour, mon confrère constata en outre un affaiblissement notable du murmure respiratoire, que masquaient encore des frottements pleuraux, dans le tiers inférieur de la région pulmonaire

postérieure et de la région pulmonaire latérale droite une matité correspondante, et enfin au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate il perçut de l'œgophonie. Le pouls était à 110 pulsations par minute. Application de nouveaux vésicatoires. Nous constatâmes encore les jours suivants une sonorité tympanique étendue à toute la région pulmonaire antérieure droite, et le déplacement de la matité quand je me couchais sur le côté gauche. Dans cette situation, toute la région latérale droite devenait très-sonore ; la matité n'existait plus que dans le voisinage de la colonne vertébrale, et l'oreille entendait le murmure respiratoire dans tous les points des régions précédemment occupées par des frottements pleuraux. Je crois devoir ajouter que le décubitus latéral gauche était alors et fut toujours depuis le plus commode, le seul qui me permit de respirer relativement à mon aise et de dormir.

Jusqu'au 29 novembre, les mêmes symptômes persistèrent en s'atténuant : le foie diminua de volume, et, à cette époque, son bord tranchant était à 1 centimètre 1/2 au-dessus de l'ombilic ; la respiration paraissait moins affaiblie ; toutefois, elle était toujours extrêmement pénible, et je sentais à chaque mouvement d'inspiration des frottements horriblement douloureux, appréciables à la main posée sur le thorax et à l'oreille dans le silence de la nuit.

Le 29 novembre, je quittai Pau pour rentrer dans ma famille. De ce jour, jusqu'au 30 janvier 1872, rien de saillant dans mon état : foie toujours très-volumineux ; respiration pénible par suite des frottements déjà signalés, qui disparurent le 25 janvier, ne laissant plus que deux points douloureux : l'un situé un peu au-dessous et en dehors du mamelon droit, et l'autre en arrière, à la base du thorax.

Le 30 janvier, je rentrai à Pau, espérant y reprendre mes occupations. Le docteur Duboué m'examina, et constata une augmentation sensible du murmure respiratoire dans les points primitivement lésés, les frottements étaient plus disséminés et d'un timbre beaucoup plus doux, la matité montait moins haut dans la région pulmonaire latérale droite, mais occupait en arrière les mêmes points. Le foie descendait moins bas, et le bord tranchant était à 0,02 centim. au-dessus de l'ombilic.

Du 30 janvier 1872 au 15 février, je ne fus tourmenté que par quelques mouvements fébriles qui, revenant chaque soir après le repas, se prolongeaient plus ou moins dans la nuit. Celle du 16 au 17 fut très-pénible : la fièvre s'alluma avec violence ; le pouls s'éleva à 140, et trois fois je me réveillai en sursaut, frappé d'une terreur indicible que je ne pouvais ni vaincre ni m'expliquer, la face vultueuse et le corps ruisselant de sueur ; trois fois je changeai de linge, celui que je quittais était littéralement à tordre. La respiration, extrêmement anxieuse, me donnait une sensation de plénitude dans le côté droit qui me parut immobilisé, car les côtes ne subissaient dans l'inspiration qu'un mouvement ascensionnel extrêmement limité, et ne s'étendaient pas davantage dans le sens de leur diamètre antéro-postérieur.

Le 18 février, en me laissant aller brusquement dans un fauteuil, je perçus immédiatement au-dessous du mamelon droit un choc intérieur sur la paroi thoracique ; renouvelant le même exercice pour préciser la sensation, je la ressentis au même niveau et en arrière dans un point diamétralement opposé. Cependant l'oppression n'avait pas augmenté, je ne toussais que très-peu, et l'expectoration, d'ailleurs fort rare, n'amenait que des crachats muqueux. Quelques jours plus tard, les mouvements brusques du tronc en avant et en arrière, que je produisais moi-même, ramenaient la même sensation dans les mêmes points, et l'oreille percevait à longue distance un bruit sec et métallique, tout à fait analogue à celui que produit un liquide agité dans une carafe. Mes excellents amis, les docteurs Duboué et Meunier, appelés à m'examiner, constatèrent le bruit de flot par l'auscultation médiate et immédiate, ainsi qu'un très-léger et très-fugace tintement métallique, qui ne se produisait que dans les mouvements brusques d'inspiration. La respiration était nulle dans la région latérale droite et le tiers inférieur de la région pulmonaire postérieure ; mais on pouvait la croire masquée par les frottements pleuraux qui avaient repris le timbre rude des premiers jours et me causaient les mêmes douleurs. Une matité absolue correspondait à ces symptômes, ainsi que l'absence des vibrations thoraciques.

Ces messieurs portèrent alors le diagnostic de pleurésie purulente enkystée à la base, avec pneumothorax.

Jusqu'au 7 avril, mon état ne subit aucune variation ; j'appliquai vésicatoire sur vésicatoire, sans que mes confrères pussent constater une amélioration durable. L'impatience me gagnant, je ne cessais de réclamer l'emploi de la thoracentèse, lorsque mon excellent maître, M. Moutard-Martin, médecin à l'hôpital Beaujon, appelé par le docteur Duboué, vint m'apporter les secours de son immense expérience et de son inépuisable affection.

Le 7 avril 1872, jour de son arrivée à Pau, trois ponctions successives furent pratiquées avec l'appareil Dieulafoy et des aiguilles de différents calibres. Elles ne donnèrent lieu qu'au passage de quelques gouttes d'un liquide sanguinolent. Une longue conférence médicale avait eu lieu avant l'opération, et je sus depuis que M. Moutard-Martin avait émis dans cette séance

l'opinion qu'il pouvait exister un kyste hydatique du foie passé dans la cavité pleurale. Ce diagnostic fut discuté par les deux médecins amis qui me traitaient depuis le début de la maladie, et tous les assistants tombèrent d'accord pour admettre une pleurésie interlobaire ouverte dans les bronches, avec pneumothorax.

Cette opération, quelque infructueuse qu'elle fût, me causa cependant un grand soulagement; ma respiration devint plus facile, je n'éprouvai plus pendant les huit ou dix jours qui la suivirent cette fluctuation qui m'avait tant alarmé, et je repris courage, avec l'espoir de résorber ma pleurésie purulente sans accident, grâce à l'emploi du tannin qui avait si bien réussi dans divers cas entre les mains du docteur Duboué.

Peu de jours après l'opération, je profitai d'un beau soleil pour me rendre à la campagne, et, depuis cette époque jusqu'au mois de novembre 1872, mes forces revinrent progressivement, la fièvre n'apparaissait que rarement, encore était-elle fort légère, mes nuits étaient excellentes. Mon état général ne laissait que fort peu à désirer, si bien que, menant la vie commune dès le mois de juin, j'aurais pu me croire guéri si je n'avais ressenti à la moindre secousse du tronc cette maudite fluctuation reparue dès le dixième jour de l'opération, un peu au-dessus du cul-de-sac pleural. Cet abaissement de niveau me faisait croire à une diminution correspondante dans la quantité de pus, et j'allais me confirmant dans cette douce illusion, car plus tard les mouvements brusques du tronc ne suffisaient plus à produire la fluctuation; pour l'obtenir, je devais d'abord donner au tronc une position oblique en avant et, appuyant mes mains sur le dossier d'un meuble, lui imprimer un mouvement saccadé d'arrière en avant et un peu de bas en haut. Dans cette situation, la main posée en arrière à la base du côté droit sentait le choc d'un liquide, et l'oreille percevait à distance un son sec et métallique. Toutefois, quand la secousse imprimée était plus violente, le choc du liquide sur la paroi thoracique avait lieu au niveau du bord supérieur de la septième côte, dans la région latérale droite. Cette circonstance compromettait mes illusions et nuisait singulièrement au calme de mon esprit.

Le 20 novembre, je revins à Pau et me livrai de nouveau à l'examen des docteurs Duboué et Meunier : La matité avait sensiblement diminué de hauteur et ne dépassait pas le bord supérieur de la septième côte dans la région latérale droite et l'angle inférieur de l'omoplate. A ce dernier niveau, l'oreille entendait un frottement doux qui s'irradiait vers la région axillaire, et la respiration, quoique faible, était encore perçue à 2 centimètres au-dessous de lui. Le bord tranchant du foie était à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. En somme, l'état local paraissait amélioré, et l'état général tellement satisfaisant, que ces Messieurs crurent à une résorption lente du pus.

Jusqu'au 20 janvier 1873, la situation n'offrit rien de plus intéressant; mais, de ce jour, la fièvre apparut chaque soir après le repas, quelquefois précédée d'un frisson. Le sommeil, tourmenté de rêves pénibles, était plusieurs fois interompu dans la nuit, l'oppression devenait plus grande, et la toux, assez fréquente, amenait une expectoration qui me parut renfermer du pus.

Le 3 février, à la suite d'un exercice assez violent, je fus pris d'une toux convulsive, horriblement fatigante, et je crachai du pus en abondance (environ un demi-litre). D'abord épais, il devint bientôt plus liquide. Vers le soir, la toux se calma, et la nuit fut relativement bonne.

Le lendemain et les jours suivants, nouveaux efforts de toux et nouvelle vomique aussi abondante que la première.

Dès le sixième jour, la quantité de pus rendue dans les vingt-quatre heures alla diminuant, si bien que le 16 février je ne toussai et ne crachai que très-rarement. Le 25, la toux devint plus fréquente, et, jusqu'au 5 mars, je rendis chaque jour près de 200 grammes de pus filant sans odeur, mais de saveur désagréable; je continuai à sortir à certaines heures propices pendant cette dernière période.

Le 5 mars, la toux prit un caractère de violence extrême, et la vomique reparut plus forte que jamais. Je rendis dans les vingt-quatre heures près d'un litre de pus filant, de saveur très-désagréable et d'odeur légèrement fétide. Il en fut ainsi jusqu'au 19 mars. La toux se calma alors de nouveau, et l'expectoration purulente diminua très-sensiblement. Je profitai de cette accalmie pour sortir; mais, le 22, j'eus peine à rejoindre mon domicile; les membres inférieurs étaient courbaturés, le cerveau congestionné, l'oppression extrême, et les aliments m'inspiraient un profond dégoût. Force me fut de m'aliter complétement; un frisson violent, et de longue durée, m'ébranla tout entier, et, dès lors, la toux et une vomique continue ne me laissèrent plus une minute de trêve. Le pus, filant et jaunâtre jusqu'au 27 mars, prit tout à coup dans cette journée la couleur de la brique pilée; en même temps, la saveur en devint plus amère et l'odeur un peu plus fétide. La quantité de liquide expectoré peut être évaluée à 800 grammes par vingt-quatre heures du 22 ou 30 mars, époque à laquelle j'étais arrivé à l'épuisement complet de mes forces, et à désirer la mort la plus prochaine pour échapper aux

terribles souffrances que j'endurais depuis si longtemps. A cette date, M. le docteur Moutard-Martin, appelé par le télégraphe, arrivait de Paris et pratiquait l'opération de l'empyème.

Je ne puis mieux faire que de céder la parole à mon savant maître pour cette partie intéressante de l'observation. . . . . .

Je n'interromprai pas le récit de mon jeune confrère par les détails de la consultation qui eut lieu, et de l'opération difficile à laquelle j'ai dû procéder. Je renvoie aux réflexions qui suivent l'observation et qui serviront à la compléter.

Dès que l'opération fut terminée, j'éprouvai un bien-être inappréciable : je respirais enfin! et cette horrible toux avait disparu comme par enchantement. La nuit qui succéda fut apyrétique et vraiment réparatrice.

J'avais pris, dans cette journée, 0,60 centigr. de sulfate de quinine dans la matinée, et le soir un bouillon de poulet.

Le lendemain, 31 mars, M. Moutard-Martin procéda à l'introduction de trois tubes en caoutchouc vulcanisé, que je n'avais pu tolérer la veille. L'opération fut pénible, car il fallut écarter avec le doigt les lèvres agglutinées de la plaie, mais cette fois du moins les tubes furent parfaitement reçus et conservés. D'ailleurs le pouls était excellent et ne dépassait pas 80 pulsations par minute; le foie, dont le bord tranchant était la veille au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, se trouvait alors au niveau de l'ombilic; la toux et l'expectoration n'avaient pas reparu.

Deux pansements dans la journée avec injection alcoolisée dans la plèvre. — Sulfate de quinine, 0,60 centigr.; bouillons de poulet; vin de Bordeaux.

Jusqu'au 18 avril, l'état général et l'état local allèrent en s'améliorant lentement, et le même traitement fut continué, en augmentant progressivement la dose des aliments. Dès le 14 je pus me lever une heure dans la journée et faire quelques pas dans la chambre. Toutefois, je ressentis dans les journées du 17 et du 18 quelques vagues douleurs et de la pesanteur dans la région du foie. — Le 19, la paroi thoracique œdématiée en arrière et dans la région latérale droite était douloureuse à la pression; les inspirations profondes éveillaient de vives souffrances à la base du thorax et dans l'hypochondre droit; le foie, augmenté de volume, débordait de nouveau dans la fosse iliaque et occupait toute la région de l'épigastre. Le pouls, qui était à 80 dans la journée, s'éleva à 92 dans la soirée. — Bouillons de poulet; deux pilules de belladone.

Les 20 et 21 avril, même situation.

Les 22, 23 et 24, l'état semble s'améliorer; la fièvre diminue, ainsi que le volume du foie et l'œdème de la paroi thoracique.

Le 25, nouvelle explosion des mêmes accidents avec ballonnement considérable du ventre, devenu douloureux à la moindre pression. Constipation et transpirations nocturnes abondantes. — Frictions avec l'onguent napolitain belladoné et cataplasmes sur le ventre.

Le 26. État stationnaire. — Calomel, 0,05° divisés en cinq paquets pris à intervalle d'une demi-heure dans la matinée.

Le 27, le ventre est un peu plus souple. Les autres symptômes n'ont pas varié. — Cataplasmes; frictions mercurielles sur le ventre; pilules de belladone; lavements émollients.

Le 28, *idem*. — Le 29, *idem*.

Le 30 avril. Le ventre est beaucoup plus souple et se laisse déprimer sans douleurs, sauf dans l'hypochondre droit et la région épigastrique; les inspirations sont bien moins douloureuses et l'œdème de la paroi thoracique a diminué. Les selles sont devenues plus régulières. — Pilules de belladone; lavements émollients.

1er mai, *idem*. — 2 mai, *idem*.

Le 3 mai, les accidents reparaissent menaçants. — Calomel, 0,05° en cinq paquets, pris dans la matinée à intervalle d'une demi-heure; cataplasmes et frictions mercurielles sur le ventre.

Le 4, *idem*. — Le 5, *idem*.

Le 6, la situation s'améliore. — Calomel administré comme devant.

Le 7, les menaces disparaissent pour ne plus se produire.

Du 7 au 24 mai, l'état alla s'améliorant de plus en plus. Dès le 10, je pus me lever une heure dans la journée, et, le 22, je fis une première promenade en voiture. Le volume du foie avait sensiblement diminué, ainsi que l'œdème thoracique; toutefois, j'éprouvais encore dans la plaie d'assez vives douleurs que je rapportais à l'action irritante des tubes, et l'un d'eux fut alors enlevé.

Tout le traitement se bornait, depuis la disparition des accidents thoraciques et abdominaux, à injecter deux fois par jour dans la plèvre un litre de liquide alcoolisé. Les pansements

étaient d'ailleurs devenus faciles, et la plaie se cicatrisait rapidement, car le liquide injecté en sortait de plus en plus vite.

Dès le 1er juin je commençais les promenades à pied et l'état local paraissait tellement satisfaisant, la suppuration était si faible, le liquide injecté revenait si rapidement, que l'on interrogea M. Moutard-Martin sur l'opportunité d'enlever les deux derniers tubes. Notre illustre maître conseilla de temporiser encore, par un sentiment de haute prudence.

Le 12 juin, je quittai Pau et me rendis à Luchon, où je continuai les lavages ordinaires, et maintins les deux tubes en caoutchouc dans la plaie jusqu'au 6 juillet. L'un d'eux fut alors spontanément expulsé, non par un effort de toux, mais par le fait sans doute d'une cicatrisation rapide qui le poussait devant elle.

Le 9 juillet, le pansement était taché de quelques gouttes de sang, et je souffris vivement pendant deux heures dans le trajet de la fistule. La suppuration était d'ailleurs insignifiante.

Je consultai M. le professeur Dolbeau, que ma bonne fortune avait conduit à Luchon, et M. Feltz, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, sur l'opportunité d'enlever le dernier tube : tous deux m'engagèrent à m'en débarrasser, lui substituèrent une mèche de charpie et un peu plus tard une corde de violon, dont l'introduction facile pouvait être confiée à une main inexpérimentée.

Le 28 juillet, après nouvel examen de MM. Dolbeau et Feltz, je renonçai à la corde de violon et abandonnai la fistule à elle-même.

Je n'omettrai pas de dire, en terminant, que le trajet fistuleux était, à cette époque, réduit au calibre d'une petite sonde en gomme élastique, que le docteur Feltz put enfoncer à frottement à 8 centimètres. A l'auscultation, la respiration était entièrement libre dans la région latérale droite, et très-distincte en arrière, jusqu'au niveau de la plaie. Immédiatement au-dessous d'elle disparaissait le murmure respiratoire. Le foie, encore volumineux, atteignait la ligne blanche dans la région épigastrique et débordait le bord inférieur des fausses côtes de 0,02e dans la ligne axillaire.

Tel est encore aujourd'hui, 24 août, mon état, avec cette différence que l'orifice de la fistule est fermé et que la cicatrice est profondément déprimée à ce niveau.

Montréjeau, le 24 août 1873.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 décembre 1873. — Présidence de M. Tillaux.

Sommaire. — Sur les amputations sous-périostées. — Rapports : 1° Sur une série de communications faites par un même chirurgien ; 2° sur un mémoire relatif à la nécrose produite par la vapeur de phosphore ; 3° sur un cas d'étranglement interne simulant une hernie ombilicale étranglée. — Observation de bec-de-lièvre compliqué de division de la voûte palatine ; opération par un nouveau procédé suivi de succès. — Présentation de malade : Doigts surnuméraires. — Présentation de pièce pathologique : Atrésie de la partie supérieure de l'œsophage ; communication de la partie inférieure de ce conduit avec la trachée.

« Il n'y a rien de nouveau sous le soleil », dit la sagesse des nations ; chaque jour amène une confirmation nouvelle de ce vieil adage. Notre distingué confrère, M. Houzé de l'Aulnoit (de Lille), a fait à diverses époques, soit à l'Académie de médecine, soit à la Société de chirurgie, des communications relatives à une méthode d'amputations qu'il croyait avoir inventée, et à laquelle il a donné le nom d'*amputations sous-périostées*. Il vient de réunir tous les travaux qu'il a faits sur ce sujet dans un livre intitulé : *Chirurgie expérimentale. Étude historique et clinique sur les amputations sous-périostées et de leur traitement par l'immobilisation du membre et du moignon.*

C'est à l'occasion de la publication de cet ouvrage que M. Desprès est venu annoncer à la Société de chirurgie que, en parcourant le recueil des rapports des chirurgiens de l'armée américaine (année 1862-1863), il y avait lu l'exposition complète de la méthode des amputations sous-périostées et de ses diverses applications. A l'appui de son assertion, M. Desprès a donné lecture d'un extrait de ce recueil, lequel serait déjà de nature à jeter des doutes sur les droits de M. Houzé de l'Aulnoit à la paternité de la méthode.

Mais il y a plus, M. Léon Le Fort est venu déclarer à son tour que l'origine de la méthode remontait plus haut. Dès l'année 1849, un chirurgien italien, M. le docteur Larghi (de Verceil), publiait un mémoire spécial dans lequel est exposé tout au long le procédé opératoire de M. Houzé de l'Aulnoit.

Ce n'est pas tout encore; suivant M. Demarquay, la méthode des amputations sous-périostées aurait une date plus ancienne que l'année 1849, et c'est à son maître Blandin qu'il faudrait en attribuer l'idée et l'application. C'est donc le cas de répéter ce que nous disions en commençant : *Nihil novum sub sole.*

Après ce petit incident, M. Dolbeau a lu un rapport sur une série de communications adressées à la Société de chirurgie par un chirurgien militaire des plus méritants, M. le docteur Mourlon, qui, d'Alger, où les vicissitudes de la vie militaire l'ont relégué, et où, comme l'a dit plaisamment M. Dolbeau, « l'on ne s'amuse pas », ne cesse depuis plusieurs années de payer entre les mains de la Société de chirurgie, par l'envoi de nombreux travaux, ses contributions à la science et à l'art. M. Dolbeau a demandé qu'une lettre de remerciments, une *vraie* lettre, une lettre *effective*, fût adressée à M. Mourlon. Il paraît, en effet, que, dans les Sociétés savantes, la formule : « Adresser à l'auteur une lettre de remerciments pour son intéressante communication », formule qui revient si souvent dans les conclusions des rapports, reste le plus souvent à l'état de formule dans les *Bulletins* ou les procès-verbaux, et que les auteurs de communications ne reçoivent pas de *vraie* lettre et doivent se contenter de lire la formule. Il semble pourtant, et nous sommes pleinement en cela de l'avis de M. Dolbeau, que des correspondants zélés comme M. Mourlon, et qui ont la mauvaise chance d'habiter des villes « où l'on ne s'amuse pas », mériteraient mieux qu'une simple et vaine formule.

Après M. Dolbeau, M. Magitot, qui faisait ses débuts, débuts heureux, à la tribune, a lu un rapport sur un mémoire de M. le docteur Haas, médecin à Sarreguemines, relatif à la *nécrose produite par la vapeur de phosphore.*

L'auteur, qui exerce dans un pays où l'industrie des allumettes au phosphore blanc occupe plusieurs fabriques, a pu observer un certain nombre de faits et pratiquer diverses opérations. Son travail paraît même avoir pour but spécial de préconiser un certain procédé opératoire à l'exclusion de tout autre, la *résection prématurée*, dans le cas de nécrose confirmée. M. Haas, toutefois, ne se borne pas à l'exposé d'un procédé opératoire, et il aborde les différents points du problème de la nécrose phosphorée. A cet égard, son mémoire est donc une sorte de courte monographie.

M. Magitot, suivant pas à pas l'auteur du mémoire, analyse et discute ses opinions, ainsi que les théories qui ont été émises sur la pathogénie de la nécrose phosphorée, dont la porte d'entrée serait, suivant les uns, la *carie dentaire* et, suivant les autres, l'inflammation avec décollement du bord des gencives (gingivite ulcérative). Sans se prononcer pour l'une ou l'autre de ces deux théories, M. le rapporteur déclare que, pour lui, deux faits sont définitivement acquis à la pathogénie de la nécrose phosphorée, à savoir : le début du mal sur la portion *alvéolaire* des mâchoires et par une *périostite* alvéolaire. — Suivant lui, cette nécrose n'aurait pas de caractère, autre que celui de sa cause, qui soit de nature à la différencier des autres nécroses. Seule une différence resterait toutefois évidente, c'est la lenteur extrême de la marche de la nécrose phosphorée. On ignore, d'ailleurs, le mode d'action des vapeurs de phosphore.

Quant à la thérapeutique, les diverses méthodes proposées se résument en deux principales : l'une qui consiste à n'intervenir qu'après la mobilisation complète du séquestre, l'autre qui a pour principe d'opérer avant cette mobilisation et aussitôt que la nécrose a été exactement reconnue. M. le rapporteur expose les diverses considérations qui militent pour ou contre l'un ou l'autre principe.

Entre ces deux méthodes se placent plusieurs procédés intermédiaires, celui de M. Verneuil, par exemple, qui, pour éviter les lenteurs de la mobilisation spontanée, l'empoisonnement pyohémique des malades et les douleurs vives qui les torturent parfois, propose soit à travers les orifices fistuleux, soit par quelques débridements, de pratiquer la segmentation des séquestres; celui de M. Chassaignac, qui conseille de favoriser l'écoulement des liquides sanieux de la bouche et la limitation du mal par les irrigations et le drainage. Pour M. Magitot, le choix de la méthode opératoire devra toujours être dominé par les conditions particulières de chaque cas. Toutefois, il ne pense pas que l'on puisse admettre un procédé qui aurait pour principe de pratiquer prématurément, au début de la nécrose, l'ablation totale d'un maxillaire atteint, c'est-à-dire la résection dans le vif au delà des portions nécrosées. Telle serait pourtant la thérapeutique chirurgicale préconisée par l'auteur du mémoire, qui cite à l'appui six observations tirées de sa propre pratique.

Des six observations, trois seulement portent sur des nécroses partielles traitées par l'ablation totale des maxillaires correspondants. L'un des trois malades mourut de tuberculose aiguë; les deux autres n'ont pas été revus, ou du moins M. Haas ne mentionne pas leur état ultérieur. Enfin les pièces décrites dans le mémoire ont montré que l'opération avait de beau-

coup dépassé les limites du mal. M. Magitot conclut que la pratique de M. Haas n'est pas suffisamment justifiée par les faits.

Après quelques courtes observations de MM. Dolbeau, Tillaux, Verneuil, Trélat et Magitot, la discusion des conclusions scientifiques du rapport est renvoyée à la prochaine séance.

— M. Tillaux a lu ensuite un rapport sur une observation communiquée par M. le docteur Périer, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et relative à un cas très-curieux et très-rare d'étranglement interne simulant une hernie ombilicale étranglée. Nous avons déjà mentionné ce travail dans un de nos précédents comptes rendus. M. Tillaux a fait ressortir les enseignements qui résultent de ce fait insolite, propre à créer au chirurgien de graves embarras dont M. Périer est sorti très-heureusement.

— M. Duplay a communiqué un cas très-intéressant de bec-de-lièvre compliqué de division de la voûte palatine et qui a nécessité une modification très-ingénieuse du procédé opératoire de M. Giraldès. Le sujet est un enfant de 10 mois qui fut amené à M. Duplay, à l'hôpital Saint-Antoine. Il était affecté de bec-de-lièvre unilatéral compliqué de division de la voûte palatine. De cette division osseuse, la partie droite était plus proéminente que la partie gauche, et constituait une difformité qui eût rendu absolument impossible la restauration des parties molles extérieures. On pouvait faire disparaître cette saillie en la réséquant, mais il en fût résulté, au niveau du vide interosseux, une dépression très-fâcheuse. M. Duplay songea très-heureusement à utiliser cette saillie pour combler la brèche osseuse, tout en faisant disparaître l'obstacle. Pour cela, après avoir avivé les parties molles extérieures, incisé la muqueuse jusqu'à l'os, il fractura d'un coup de ciseaux la partie proéminente du bord de la mâchoire, dans la pensée de faire basculer le fragment osseux et de l'amener au niveau de la brèche; il fut obligé, pour y parvenir, de sectionner la cloison des fosses nasales à sa base; grâce à cette section, la petite manœuvre eut un plein succès, et le chirurgien put terminer l'opération comme il l'avait conçue.

Le résultat a été excellent, ainsi que le démontrent deux photographies représentant le petit sujet avant et après l'opération.

M. Duplay n'était pas sans crainte sur l'évolution des dents incisives qui n'avaient point encore paru, malgré l'âge de l'enfant (10 mois); cette évolution tardive pouvait être définitivement compromise par une opération qui avait porté sur l'un des os incisifs. Heureusement il n'en a rien été, car l'éruption de deux incisives a suivi de près l'opération. Celle-ci a donc été, pour ainsi dire, un coup de fouet qui a accéléré le travail d'évolution dentaire.

— La séance s'est terminée par deux présentations : l'une, par un médecin dont le nom ne nous est point parvenu, d'un enfant chez lequel existent plusieurs doigts surnuméraires aux mains et aux pieds; l'autre, par M. le docteur Périer, agrégé de la Faculté, d'une pièce pathologique provenant d'un enfant né à terme et mort peu de temps après sa naissance, chez lequel, à l'autopsie, on a trouvé les vices de conformation suivants : la partie supérieure de l'œsophage se terminait par un cul-de-sac, tandis que la partie inférieure de ce conduit communiquait avec la trachée.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

MODIFICATION DE LA COMMISSION MIXTE CHARGÉE DE RÉVISER LA LÉGISLATION QUI RÉGIT LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DANS LES HOSPICES CIVILS.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 30 octobre 1873.

Aux termes d'un arrêté présidentiel, en date du 29 février 1872, une commission mixte a été chargée de préparer contradictoirement le travail de révision de la législation qui régit les conditions de fonctionnement du service de santé militaire dans les hospices civils.

La composition de cette commission, dans laquelle les deux départements de la guerre et de l'intérieur, les seuls intéressés à la question, sont représentés par un nombre égal de délégués, peut offrir des inconvénients sérieux au point de vue de l'autorité que doivent avoir les résolutions adoptées.

Pour obvier à cet état de choses, il nous a paru avantageux d'adjoindre à la commission deux nouveaux membres ne relevant pas de nos départements, qui seraient choisis parmi les maîtres de requêtes au Conseil d'État et les conseillers référendaires à la Cour des comptes, et dont le concours, tout en offrant des garanties sérieuses sous le rapport des connaissances

administratives et financières, permettrait de constituer, à un moment donné, une majorité désintéressée dans la commission.

Le choix de M. le garde des sceaux, président du Conseil d'État, et de M. le premier président de la Cour des comptes, qui avaient été appelés à désigner ces deux nouveaux membres, s'étant arrêté sur M. le baron de la Coste du Vivier, maître des requêtes, et sur M. Léon Chevalier, conseiller référendaire à la Cour des comptes, nous avons l'honneur de vous proposer d'approuver ces désignations.

En outre, M. le baron Larrey, président du Conseil de santé des armées, et M. Poggiale, pharmacien inspecteur, membre dudit Conseil, ayant été admis à la retraite, il y a lieu de pourvoir à leur remplacement, ainsi qu'à celui de M. Wion d'Onzy, chef de la division communale et hospitalière au ministère de l'intérieur, que son état de santé empêche d'assister aux travaux de la commission, et nous vous prions d'autoriser que ces trois membras soient remplacés : le premier, par M. Cazalas, aujourd'hui président du Conseil de santé; le second, par M. Jeannel, pharmacien inspecteur; le troisième, enfin, par M. Piras, inspecteur général des établissements de bienfaisance.

D'après ces nouvelles dispositions, la commission mixte se trouverait composée comme il suit :

Pour le département de la guerre :

MM. Blondeau, intendant général, président;
Blaisot, intendant militaire;
Cazalas, médecin inspecteur, en remplacement de M. le baron Larrey, admis à la retraite;
Jeannel, pharmacien inspecteur, en remplacement de M. Poggiale, admis à la retraite;
Le Grand (Louis), chef de bureau des hôpitaux au ministère de la guerre.

Pour le département de l'intérieur :

MM. Piras, inspecteur général des établissements de bienfaisance, en remplacement de M. Wion d'Onzy, empêché;
Bucquet (Paul), inspecteur général des établissements de bienfaisance;
Claveau, inspecteur général des établissements de bienfaisance;
le docteur Barth, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine;
Chevalier (Alexis), chef de bureau des hospices au ministère de l'intérieur.

Enfin, ne se rattachant à aucun des deux départements :

MM. le baron de la Coste du Vivier, maître de requêtes au Conseil d'État;
Chevalier (Léon), conseiller référendaire de 2e classe à la Cour des comptes.

La présidence de cette commission continuerait à être confiée à M. l'intendant général Blondeau.

Quant aux fonctions de secrétaire, primitivement dévolues à M. Le Grand, chef du bureau des hôpitaux au ministère de la guerre, et qui était en même temps membre de la commission, elles seraient remplies dorénavant par M. Itam, commis principal au même bureau, sans que ce dernier toutefois ait voix délibérative.

Si vous approuvez les dispositions qui précèdent, nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien revêtir de votre haute approbation le présent rapport.

Le ministre de l'intérieur, BEULÉ.

Le ministre de la guerre, Général DU BARRAIL.

Approuvé :

Le Président de la République, maréchal DE MAC-MAHON, duc DE MAGENTA.

FORMULAIRE

EMPLATRE DE BELLADONE. — BEASLEY.

Emplâtre de savon	45 grammes.
Emplâtre résineux	45 —
Extrait de belladone	90 —

Faites fondre au bain-marie les deux emplâtres; ajoutez l'extrait de belladone et mêlez intimement.

Les pharmacopées d'Édimbourg et de Dublin prescrivent deux parties d'emplâtre résineux pour une d'extrait.

L'emplâtre de belladone s'applique sur les tumeurs douloureuses, et son emploi doit être surveillé, à cause de la forte proportion d'extrait de belladone qu'il contient. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 9 Décembre 1697.

Mort de Scipion Abeille, chirurgien du régiment de Picardie, et auteur d'une *Nouvelle histoire des os selon les anciens et les modernes, enrichie de vers* (1685, in-12). Les vers d'Abeille prouvent qu'il avait un esprit facétieux et un caractère joyeux. Voici comment il s'exprime à l'égard des dents :

Ces dents, que l'âge gâte au moment qu'il les touche,
Sont, par leur juste agrément,
Le plus agréable ornement
D'une belle petite bouche ;
Tout le monde s'en fait honneur,
Et je dis, sans leur faire outrage,
Que rien n'efface tant les attraits du visage
Que leur carie et leur noirceur. — A. Ch.

COURRIER

Société médicale des hôpitaux (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira le vendredi 12 décembre 1873. — *Ordre du jour* : 1° Observation de transfusion, par M. Brouardel. — 2° Observation de mélanémie ; présentation de pièces, par M. Léon Colin. — 3° Élection de trois membres titulaires. — 4° Mutations dans les hôpitaux.

— Par un arrêté en date du 1er décembre courant, le ministre de l'agiculture et du commerce vient de reculer au 31 décembre 1874 le terme du concours au prix de 20,000 francs à décerner à l'auteur d'un procédé efficace et pratique pour combattre le phylloxera.

— En Italie, les journaux nous apprennent qu'un professeur suppléant de la Faculté de Naples vient de demander l'autorisation d'ouvrir un cours d'homœopathie. La Faculté a refusé l'autorisation, en déclarant « que la médecine rationnelle qui s'enseigne sur les bases des sciences naturelles exclut aussi bien l'allopathie que l'homœopathie et les autres systèmes absolus. » C'est la première fois, annonce le *Morgagni*, qu'une Faculté italienne se déclare « officiellement le représentant d'une médecine rationnelle basée sur l'étude objective de la nature, et qu'elle se sépare des deux systèmes en vigueur. »

— Le docteur Nachtigal, un explorateur qui a eu la chance heureuse de visiter le Wadaï, dans l'Afrique centrale, vient de revenir sain et sauf à Kartoum.

Il se dispose à publier la relation de ce voyage, qui complète la traversée en large de l'Afrique, du Sénégal aux possessions égyptiennes, c'est-à-dire de l'Atlantique à la mer Rouge.

On se souvient que M. Vogel avait tenté la même expédition ; mais l'infortuné voyageur fut mis à mort dans le Wadaï, et cette contrée était restée jusqu'à présent à peu près inconnue au monde civilisé.

— La Société de médecine de Rouen vient de renouveler son bureau pour l'année 1873-1874 ; ont été élus :

Président, M. le docteur Achille Foville ; — vice-président, M. le docteur Paul Levasseur ; — secrétaire, M. le docteur Borel ; — secrétaire de correspondance, M. le docteur Ballay ; — trésorier, M. le docteur Douvre.

État sanitaire de la ville de Paris. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 5 décembre on a constaté 745 décès, savoir :

Variole, 0 décès ; — rougeole, 10 ; — scarlatine, 1 ; — fièvre typhoïde, 19 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite aiguë, 29 ; — pneumonie, 63 ; — dysenterie, 0 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 3 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 11 ; — croup, 7 ; — affections puerpérales, 9 ; — affections aiguës, 196 ; — affections chroniques, 321 (dont 158 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 46 ; — causes accidentelles, 25.

Londres. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 23 au 29 novembre : 1,585. Variole, 3 ; rougeole, 121 ; scarlatine, 16 ; fièvre typhoïde 33 ; érysipèle, 12 ; bronchite, 285 ; pneumonie, 127 ; dysenterie, 2 ; diarrhée, 15 ; choléra nostras, 2 ; diphthérie, 8 ; croup, 26 ; coqueluche, 34 ; autres causes, 901.

Rome. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 17 au 23 novembre : 149. Fièvre typhoïde, 7 ; érysipèle, 1 ; bronchite, 4 ; pneumonie, 11 ; diphthérie et croup, 4 ; choléra, 2 ; autres causes, 120.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Barth a terminé l'exposé de ses opinions sur la contagion et l'importation du choléra, opinions qu'il a défendues avec une ardeur et une conviction très-vives. Et comme les opinions de M. Barth sont celles de la majorité de l'Académie, l'honorable orateur a été écouté avec une grande sympathie.

Cependant, pendant que M. Barth s'efforçait d'accumuler preuves sur preuves de la réalité de l'importation du choléra, un numéro du *Journal officiel* d'hier circulait de banquette en banquette, et on y lisait le fait suivant :

« Les journaux de Munich constatent, en parlant de l'épidémie du choléra, que le gardien des tours Notre-Dame de Munich, qui demeure à 330 pieds au-dessus du sol, est mort aussi d'une attaque de choléra, quoique aucune personne ne fût montée chez lui pendant toute la durée de l'épidémie. Il avait l'habitude de faire monter ses vivres par le moyen d'un treuil. »

Tout *officiel* qu'il est, le journal du gouvernement français ne garantirait pas sans doute la parfaite authenticité de ce fait, qu'il conviendrait de faire constater par des autorités compétentes.

M. Devergie a terminé son rapport sur les prix d'Ourches. Le grand prix de 20,000 francs ne sera pas distribué; le prix de 5,000 francs est divisé en trois ou quatre parts.

La discussion scientifique de ce rapport a été renvoyée à la semaine prochaine.

CONSULTATION

POUR UN CAS DE COMMENCEMENT PROBABLE DE TUBERCULOSE PULMONAIRE.

A M. LE DOCTEUR X..., A Z....

Septembre 1873.

Dans votre petite et charmante ville, où vous m'avez offert naguère une si gracieuse hospitalité, au milieu de nos amicaux entretiens, vous avez eu la bonté de prendre intérêt, vous praticien habile et expérimenté, à une petite exposition peu didactique assurément et sans prétention professorale, de mes idées sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. Vous avez été plus loin encore, et la veille de mon départ vous m'avez fait l'honneur de me demander une consultation pour l'un de vos malades.

Cette consultation, je me suis empressé de vous la donner oralement; mais votre exigence un peu cruelle me demande de vous la rédiger; bien plus, et par des motifs d'une si grande bienveillance que je n'ose les reproduire, de la publier. Que votre volonté et non la mienne soit faite, terrible ami!

Votre intéressant malade est un grand jeune homme blond de 22 ans, issu d'une des plus grandes familles de votre contrée, et dans laquelle, selon vos renseignements, la phthisie pulmonaire a été jusqu'ici inconnue. Père et mère de ce jeune homme sont vivants, bien portants, indemnes de toute diathèse scrofuleuse, goutteuse, herpétique, cancéreuse, et cette indemnité remonte, vous avez pu le constater, jusqu'aux grands-pères et grand'mères paternels et maternels de votre malade. Ce jeune homme a une sœur mariée qui jouit, ainsi que ses enfants, au nombre de trois, d'une excellente santé, et un jeune frère, âgé de 15 ans, dont la santé n'a donné jusqu'ici aucune inquiétude.

L'enfance de votre malade ne paraît avoir éprouvé aucun trouble sérieux. A l'époque de la puberté, sa taille, jusque-là moyenne, prit rapidement un allongement considérable. Élevé dans une institution religieuse, les mœurs de ce jeune homme paraissent être restées pures, et, sur vos interrogations, il s'est défendu vivement d'avoir jamais recherché les plaisirs solitaires, fléau des colléges si général et si funeste.

La seule cause à laquelle on puisse attribuer l'altération de sa santé est le chagrin. Ce jeune homme, bien doué d'ailleurs, nerveux et d'une grande sensibilité, s'est présenté deux fois aux examens de l'École polytechnique et a échoué deux fois. Il en a ressenti une peine très-vive.

Son caractère, jusque-là expansif et gai, est devenu triste et morose; il a fui la société, a négligé les plaisirs et les distractions de son âge; la chasse, pour laquelle il était passionné, ne l'attirait plus; les fêtes et les danses n'avaient plus aucun attrait pour lui.

Plus tard, il a perdu le sommeil, puis l'appétit.

Il y a six mois qu'une petite toux sèche s'est déclarée.

Le soir, il y a de l'excitation, le pouls s'élève, la chaleur augmente. Le malade a beaucoup maigri. Il n'existe pas de sueurs matutinales; il n'y a pas eu d'hémoptysie.

Il est irritable, impatient, facilement agacé.

L'anorexie persiste; rien ne lui plaît, rien ne l'appète. Cependant, quand il mange, la digestion se fait assez bien, si ce n'est qu'il est tourmenté par des flatuosités incommodes. Pas de diarrhée, plutôt constipation.

Dans les premiers temps, l'examen attentif de la poitrine vous a donné les résultats suivants :

La percussion et l'auscultation ne vous ont fourni aucun signe à gauche. Au sommet du poumon droit, la sonorité vous a paru affaiblie; la respiration vous y a paru rude, faisant entendre quelques craquements, sans râles ni bruits d'aucune espèce. Cet état du sommet du poumon droit ne s'est en rien modifié depuis six mois, époque à laquelle remonte votre premier examen.

Les choses, de ce côté, en sont restées au point où vous les avez trouvées. Comme vous, j'ai reconnu un état normal à gauche. A droite, sous la clavicule, sonorité sensiblement moindre qu'à gauche, respiration rude et craquements; pas d'autres bruits; expiration prolongée, l'auscultation n'indiquant pas autre chose ni sous l'aisselle, ni dans les fosses sus et sous-épineuses.

L'auscultation du larynx n'a donné aucun résultat.

La toux, plus fréquente le soir, ne donne lieu à aucune expectoration.

Du reste, quoique ce jeune homme soit fort amaigri, sa poitrine est large, bien conformée; solide charpente osseuse, organisation qui semblait à l'abri de toute éventualité morbide. Rien du côté du cœur.

A quelle affection avez-vous affaire, cher et honoré praticien?

Votre pensée s'est naturellement portée vers la tuberculose pulmonaire. En effet, à quelle autre altération morbide attribuer la diminution de la sonorité au sommet du poumon droit, la rudesse de la respiration, les craquements, l'expiration prolongée, tous signes qui, en dehors de toute pneumonie, de toute pleurésie qui n'ont jamais existé, ne peuvent être que la conséquence d'une première et encore assez légère poussée tuberculeuse?

Je suis complétement de votre avis, mon honoré et cher confrère. Nous n'assurons pas l'existence de la tuberculose, nous la croyons probable, voilà tout.

Nous appartenons l'un et l'autre à l'école médicale de Laënnec, de Louis, d'Andral, et c'est ainsi, je le crois, que cette école eût posé son diagnostic. Il est possible que la nouvelle école y trouvât à redire; mais je dois reconnaître que je n'ai rien trouvé dans les savantes, mais bien confuses et surtout très-contradictoires recherches récentes sur l'anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire, aucun motif déterminant d'abandonner les opinions dans lesquelles nous avons été élevés relativement au diagnostic de cette affection.

Quel pronostic porter sur l'affection de votre malade?

En considérant que vous êtes en présence d'une maladie tout à fait accidentelle, ne se reliant à aucun vice héréditaire et diathésique, et dont la genèse s'explique rationnellement par une cause déprimante, le chagrin; en considérant que, malgré un amaigrissement sensible, la constitution est encore forte; que le processus morbide, s'il s'étend, ce qui est douteux, le fait avec une grande lenteur, puisque, depuis six mois, les signes physiques sont restés les mêmes; considérant enfin que, s'il y a tuberculose, elle est lente, du mode torpide, et de la nature de celle qui peut s'arrêter soit spontanément, soit par les secours de l'art;

J'estime que, sans vous avancer jusqu'à promettre la guérison, et après avoir fait connaître à la famille l'état réel des choses et les éventualités probables, vous pouvez porter un pronostic rassurant et d'espérance.

D'autant plus, très-honoré confrère, que vous êtes en possession de moyens d'une réelle et grande efficacité pour les cas semblables à celui qui nous occupe.

Ces moyens, ce n'est pas dans une officine de pharmacie qu'il faut les chercher, mais dans les ressources d'un hygiène très-attentive.

Vous avez le bonheur d'avoir un malade riche, et qui pourra remplir toutes les parties du programme que je me permets de vous indiquer.

Ce programme est une vraie rotation, un véritable *circulus* qui, malheureusement, n'est accessible qu'aux malades favorisés des dons de la fortune.

1° Puisque nous sommes en automne et que le fruit de la vigne est excellent dans votre contrée, débutez pour votre malade par la cure de raisin. Je ne comprends pas que, malgré les publications si encourageantes faites par plusieurs médecins, et notamment par notre ami M. le docteur Carrière, cet excellent moyen, préconisé surtout dans le début de la phthisie pulmonaire, soit si peu employé en France. Je vous ai indiqué oralement de quelle manière doit s'y prendre votre malade pour que cette cure de raisin, qui doit durer au moins un mois, produise toute son efficacité.

2° Quoique notre malade habite le sud de la France, cette zone se trouve l'une des plus exposées au terrible vent du sud-est, — vent d'autan, — vent énervant et accablant pendant la saison chaude, très-froid et incisif pendant la saison froide; conseillez-lui de passer l'hiver dans d'autres conditions de milieu. Je crois qu'à cette nature névropathique, le milieu sédatif de Pau est celui qui conviendra le mieux pour calmer l'éréthisme nerveux.

3° Mais, pendant son séjour d'hiver, dites à votre malade qu'il se trouvera admirablement bien de l'usage suffisamment prolongé du lait de chèvre chloruré selon les indications que vous avez eu la bonté de recueillir, et dont les détails seraient trop étendus pour cette publication. Condition essentielle de succès : durée de trois à quatre mois de l'emploi de ce moyen qui, pris comme je vous l'ai indiqué, ne fatiguera pas l'estomac, ne dégoûtera pas le malade, et dont l'absorption se fera tout entière au grand profit de la nutrition.

4° Au printemps prochain, soumettez votre malade, et pendant un grand mois, à la cure du petit lait et du jus d'herbes. Voilà encore un moyen peu employé en France qui a été beaucoup vanté à l'étranger et qui, si j'en juge par ma propre expérience, doit être pris en sérieuse considération par les médecins. Le petit lait est une eau minérale d'une minéralisation très-riche, et dont les matériaux organiques sont essentiellement réparateurs. Je joins à l'usage du petit lait celui du jus d'herbes (cresson et fumeterre), excellent dépuratif très-employé par nos anciens, dont c'est une vaniteuse mode de dédaigner la tradition.

5° A ces moyens j'ajouterai le conseil d'une saison aux eaux minérales arsenicales, au Mont-Dore, qui, pour la nature de cette tuberculose probable, me semblent mieux indiquées que les eaux sulfureuses.

6° Nous nous sommes longuement étendus sur l'alimentation, qui doit être fortement réparatrice, à base de viandes rôties et grillées de bœuf et de mouton; n'ayez aucun scrupule de les faire arroser de bon vin vieux de Bourgogne quelquefois trempé d'une forte infusion de poudre de quinquina; je vous ai recommandé, comme poussant vite à l'engraissement, les bouillies de farines de maïs et d'avoine, dont j'ai célébré les vertus il y a un quart de siècle, et dont les propriétés ont été récemment remises en lumière.

Tels sont, cher et honoré confrère, les principaux moyens sur lesquels j'ai appelé votre attention et que vous avez bien voulu approuver. Je vous ai dit les motifs pour lesquels je répugnais, dans ce cas, aux exutoires, aux révulsifs à la peau, aux cautères sous les clavicules. L'huile de foie de morue ne vous rendra même aucun service dans cette circonstance.

Tenez-vous-en aux moyens hygiéniques que je viens de passer en revue; conseillez encore l'exercice du cheval. Quelques petits voyages sur mer, sur ces bâtiments de la Méditerranée faisant escale en Sicile, à Naples, en Grèce, à Constantinople, etc., seront très-favorables à votre intéressant malade, qui devra recommencer l'année prochaine de parcourir le cercle hygiénique que je viens de tracer.

Agréez, cher et honoré confrère, etc. Amédée LATOUR.

CHIRURGIE

NOUVEAU PROCÉDÉ DE RÉDUCTION DU PARAPHIMOSIS;

Par M. BARDINET, directeur de l'École préparatoire de médecine de Limoges, etc.

J'ai été appelé, ces jours derniers, près d'un jeune homme chez lequel, depuis vingt-quatre heures, — à la suite de manœuvres illicites, — un phimosis congénial s'était transformé en paraphimosis.

Le malade avait essayé de remettre lui-même les choses en état, et n'avait pu y réussir. Le gonflement augmentait, la douleur devenait vive; il avait bien fallu, confus et repentant (corrigé?... je n'ose le dire), appeler au secours.

Un de mes confrères, homme de savoir et d'expérience, avait tenté la réduction et n'avait pu l'obtenir.

Je fus appelé avec lui. Le jeune malade se plaignait de souffrir cruellement. L'anneau préputial serrait les corps caverneux, au niveau de leur pointe; au-dessus de lui, le gland, d'un rouge sombre, et dans un état de turgescence exceptionnelle, débordait... (si parva magnis) comme un chapiteau *renversé* sur un fût de colonne.

Je tentai la réduction par les procédés ordinaires. Les parties malades, enveloppées d'un linge, furent soumises à une compression prolongée; l'enveloppe de la verge poussée en avant; le gland comprimé à sa base, et refoulé en arrière. Rien ne cédait.

L'idée me vint alors d'employer un procédé que je n'ai vu ni conseillé ni mis en pratique nulle part. Il consiste à ne pas agir sur l'anneau préputial par sa face externe seulement, mais à l'attaquer, en même temps, par sa face profonde.

C'est là l'idée générale; les procédés, les moyens d'application sont évidemment très-variables. Je ne puis pas les faire connaître sans entrer, à leur sujet, dans quelques explications; mais je tâcherai que celles-ci ne soient ni trop longues ni confuses.

Voici d'abord ce que j'ai fait. Entre cet anneau trop étroit et cette couronne du gland trop grosse, je pensai, je l'ai dit, qu'il y aurait avantage à introduire un levier d'une certaine largeur, qui pourrait, tout à la fois : soulever l'anneau, — au lieu de l'enfoncer davantage, comme on le fait inévitablement avec la pression extérieure, — et déprimer la couronne du gland, dont la saillie formait l'obstacle à surmonter.

J'opérais à l'improviste, et n'étais pas outillé. Je n'avais pas même une spatule. Quel levier mettre en usage?

L'idée me vint de demander deux de ces grosses épingles, doublées sur elles-mêmes, dont les femmes se servent pour attacher leurs cheveux. Je trouvai en elles deux leviers présentant la plupart des qualités que je devais réunir : mousses, très-peu volumineux, assez résistants, ayant une largeur en rapport avec l'écartement de leurs branches.

Serait-il possible de glisser ces leviers sous l'anneau du prépuce? Ce fut plus que possible, malgré la force de la constriction; ce fut facile.

Ayant choisi la face dorsale de la verge pour point d'attaque, je fléchis le gland sur sa face antérieure, et j'attirai doucement le fourreau en arrière : je vis alors que, s'il était difficile de porter l'anneau préputial en avant, à cause de la tuméfaction du gland, il ne l'était pas, à beaucoup près, autant de le faire glisser en sens opposé vers le pubis. Après l'avoir mis à découvert, je présentai ma première épingle mousse (ai-je besoin de le dire?) par son extrémité arrondie, et, sans aucune difficulté, je la fis glisser entre l'anneau préputial et le corps du pénis. Non-seulement elle entrait sans peine; mais je pus la pousser, sans résistance, à une assez grande profondeur.

Encouragé par ce résultat, je plaçai tout aussitôt une deuxième épingle de la même manière. Ces deux leviers bien engagés et solidement fixés, je leur imprimai un mouvement de bascule ayant le triple avantage : d'abaisser la saillie formée par la couronne du gland; de soulever l'anneau préputial; et d'établir devant lui un

plan incliné (sorte de rail en miniature) sur lequel on pouvait le faire glisser doucement.

Je repris alors les manœuvres classiques. Je ne dirai pas, comme on aime trop à le faire pour les procédés nouveaux, que toute difficulté fut immédiatement vaincue. La constriction était des plus énergiques. Elle résista aux premières manœuvres; mais enfin, au bout de quelques instants, j'obtenais une réduction complète.

Je n'hésite pas à l'attribuer, et les deux honorables confrères qui m'assistaient l'ont attribuée comme moi, au procédé particulier que j'ai mis en usage. Il n'est donc pas sans intérêt de l'étudier et de dire quelques mots des modifications, des perfectionnements dont il peut être susceptible.

On peut se demander, tout d'abord, s'il sera toujours facile de glisser un levier, un instrument quelconque entre l'anneau préputial et le corps du pénis. Qu'on attende l'expérience pour répondre d'une manière générale, je le veux bien; mais je suis tout porté à croire que les choses se passeront comme chez mon malade dans le plus grand nombre des cas.

Qui pourrait s'y opposer? On a parlé d'*adhérences* entre le prépuce et le gland. Je les crois moins fréquentes qu'on a bien voulu le dire. Les muqueuses contiguës ne se collent pas entre elles, on le sait, aussi facilement que les séreuses. Qui ne comprend, d'autre part, que si ces adhérences sont anciennes, elles fixent le prépuce contre le gland, l'empêchent de se porter en arrière, et deviennent précisément un obstacle direct au développement d'un paraphimosis? Quand le gland apparait sans exsudation plastique, on peut penser que le prépuce, avec lequel il se trouvait en rapport, en est exempt comme lui. Si ces adhérences sont, au contraire, de formation récente, comme le chirurgien, dans les cas de ce genre, est toujours appelé de bonne heure, elles ne peuvent avoir une grande résistance, et il sera toujours facile de les détruire.

Je ne pense donc pas qu'on ait souvent à craindre de se trouver arrêté par des adhérences anciennes ou récentes. Le chirurgien, dans le plus grand nombre des cas, glissera sans difficultés son instrument sous l'anneau préputial, comme on y glisse à plat la lame d'un bistouri, quand on veut inciser. J'ajoute qu'il pourra l'enfoncer à une assez grande profondeur. Le prépuce, en effet, avant l'accident, s'étendait, avec son ouverture étroite, jusqu'au niveau ou en avant du méat urinaire. Il avait donc toute sa longueur. Dans son mouvement rétrograde, il s'est replié sur lui-même en formant un cul-de-sac; mais ce cul-de-sac a des parois souples, extensibles, et doit facilement céder sous la pression d'un instrument.

Insistons sur ce détail, car il peut autoriser une utile modification instrumentale. Dans le paraphimosis, ce n'est pas tout le prépuce qui devient cause d'étranglement, c'est son bord libre, son limbe, la partie étroite qui correspond à l'union de la muqueuse et de la peau. On l'a très-justement appelée l'anneau préputial. C'est un anneau, en effet, très-fort, très-résistant dans certains cas, mais, habituellement, d'une faible largeur, et agissant sur une surface étroite, à la manière d'une corde. En arrière de cet anneau, la paroi préputiale retrouve sa souplesse. On comprend que cet anneau puisse être franchi par un crochet mousse, qui se relève en arrière de lui, et permette de l'accrocher pour l'attirer en avant, — comme un doigt glissé sous un poignet de chemise, et recourbé, peut entraîner la manche au dehors.

Quelques mots maintenant sur l'appareil instrumental. Celui que j'ai employé n'est évidemment qu'un en-cas. Il avait le mérite de se trouver sous ma main. A l'occasion, je l'emploierais encore; mais il est clair qu'une foule d'objets analogues pourraient le remplacer, même avec avantage. Une spatule, le manche d'une cuiller à café, toute lame métallique à bords mousses, un simple jeton allongé, etc., pourraient facilement être glissés sous l'anneau préputial, le soulever de l'ornière dans laquelle il est enfoncé; déprimer l'arrêt abrupt élevé devant lui par la couronne du gland, et lui présenter un plan incliné sur lequel on le ferait glisser doucement.

On peut ne pas s'en tenir à cet effet de levier. Au lieu d'une lame unique, introduisez une pince à anneaux; vous aurez, comme dans le cas précédent, un plan

incliné; mais, de plus, si vous écartez les deux branches, vous *dilaterez* l'anneau et fixerez, en même temps, l'extrémité la plus large de votre pince dans le prépuce; vous pourrez alors vous en servir pour exercer des tractions et amener celui-ci en avant dans sa position normale.

Au lieu d'une simple pince à pansements, avez-vous un de ces dilatateurs à trois branches recourbées qu'on emploie, après la trachéotomie, pour maintenir béante l'ouverture du tube aérien? Introduisez-le sous l'anneau préputial : vous agirez plus efficacement encore.

Il est évident enfin que tous les crochets mousses (crochets ronds, crochets plats, élévateurs de la paupière, etc.) pourront être employés avec avantage. Pour les introduire, il faudrait les appliquer sur le dos de la verge et glisser leur bec sous l'anneau constricteur, d'avant en arrière; on leur ferait alors décrire un demi-cercle en avant, et l'anneau préputial se trouverait solidement saisi. Avec deux crochets, on pourrait arriver à ce triple résultat : dilater l'anneau; — l'attirer en avant; — déprimer la couronne du gland par-dessus laquelle on veut ramener le prépuce.

Je me résume et je dis : Dans le traitement du paraphimosis, — de celui du moins qui résiste, — il convient de ne pas s'en tenir désormais aux anciennes manœuvres; mais de les compléter, en attaquant l'anneau préputial par sa face profonde.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

DE LA MÉDICATION TONIQUE. — La médication tonique est représentée en grande partie par les préparations dans la composition desquelles entre l'alcool. La presse médicale anglaise insiste beaucoup sur les avantages que l'on retire, dans la pratique, de l'emploi de ces préparations. Et, en effet, telle est la fréquence et la gravité des maladies que l'on combat, souvent avec efficacité, par l'administration prudente de l'alcool, qu'on est toujours bien venu à rappeler les indications générales de cet utile médicament. Nous ne voulons parler ici que de son usage interne. C'est principalement contre les pneumonies des enfants et des vieillards, les fièvres typhoïdes graves, la dysenterie, le choléra, les vomissements incoercibles de la grossesse, les hémorrhagies aiguës ou chroniques, en particulier, dans l'état puerpéral, les affaiblissements constitutionnels, les diverses cachexies, que nos confrères anglais prescrivent les préparations alcooliques. Mais, parmi les indications de ce mode de traitement, il n'en est point de plus intéressantes que celles qui concernent la phthisie pulmonaire et les autres maladies consomptives. A concentration modérée et à doses appropriées, l'alcool est un stimulant précieux. Il produit une excitation du cœur et de la circulation périphérique, excite la sécrétion du suc gastrique et facilite la digestion. Comme le dit M. le professeur Béhier, d'après Anstie : « L'alcool, donné par petites doses répétées, produit les effets suivants : le pouls prend de la force, sans s'accélérer, à moins qu'il ne fût préalablement d'une lenteur anomale. La température de la peau devient convenable sans rougeur à la face. L'activité du cerveau est accrue; le sentiment de fatigue et la tendance aux convulsions diminuent. Tous ces symptômes indiquent que le cerveau, la moelle et les ganglions du grand sympathique ont été stimulés, et que leur circulation a été activée. Ces effets cessent après un certain temps et laissent l'organisme dans l'état où il était avant l'administration de ces doses, sauf le cas où il y aurait eu antérieurement dépression morbide; car alors cette dernière est diminuée. » C'est donc, dans toute la force du mot, un tonique physiologique.

A ce dernier point de vue, l'administration de la viande crue rentre très-légitimement dans le sujet qui nous occupe. Il est admis maintenant qu'elle répond à tous les cas dans lesquels il est nécessaire d'introduire au sein de l'économie une substance alimentaire de digestion facile et rapide, nourrissant sous un petit volume, et dont l'assimilation se fasse presque sans résidu et surtout sans fatigue pour les organes. Il est démontré depuis longtemps que son administration est le

seul moyen de guérison de certaines dysenteries infantiles; que, dans la phthisie pulmonaire avancée et dans les autres cachexies, lorsque les forces digestives sont anéanties et que l'anorexie est portée au plus haut degré, c'est encore son emploi qui soutient la nutrition générale et conserve les forces de la vie, qu'aucun autre aliment, aucun autre médicament ne peut empêcher de sombrer.

Par l'observation et l'étude de tous ces faits, on est conduit très-naturellement à l'idée de réunir ces deux agents par une combinaison intime, qui, du reste, se trouve réalisée dans la préparation de l'élixir alimentaire de M. Ducro.

Cette association d'un médicament franchement et convenablement stimulant avec une substance manifestement corroborante constitue une partie importante de la médication tonique; elle la simplifie, la rend facile, acceptable par tous les malades; elle satisfait, en même temps et d'une manière très-heureuse, à des indications diverses. Habilement administrée chez des phthisiques, des catarrheux, des emphysémateux, des anémiques, au moment où les malades sentent leurs forces défaillir, elle est propre à redonner promptement du ton à l'organisme et à ranimer la vie. Elle a sa place tout spécialement marquée dans la médecine des enfants, des femmes difficiles et des vieillards.

L'alcool et la viande crue sont donc deux agents de la plus haute utilité; et l'on doit reconnaître que les études expérimentales et cliniques dont ils ont été l'objet dans ces dernières années, en nous en démontrant la valeur, ont contribué à augmenter de la manière la plus heureuse les ressources que la science met à la disposition du médecin.

PANSEMENT DES PLAIES. — Un journal anglais, *the Lancet*, fait l'éloge de ce qu'il appelle *coaltar pulvérisé* (Powdered Coal-Tar) pour le pansement des plaies. Cette poudre, dont l'idée est française, est un mélange de charbon et de coaltar, dans la proportion de 33 pour 100 de ce dernier. On obtient ainsi une poudre légère et poreuse, qui n'exerce aucune action irritante sur les plaies, et qui s'enlève facilement au moyen de lotions d'eau froide. Cette combinaison, dit le journal anglais, est une association très-utile de deux substances antiseptiques. Le charbon absorbe les gaz qui sont produits par la fermentation, coagule l'albumine et en prévient la décomposition, venant ainsi efficacement en aide à l'acide phénique que contient le coaltar.

Il y a des plaies qui ne peuvent supporter le contact des subtances pulvérulentes. Pour les panser, il faut faire macérer 100 parties de *coaltar pulvérisé*, pendant quelques heures, dans 400 parties d'alcool, et filtrer la macération. L'alcool ne doit être qu'à 18° (Cartier), car l'alcool plus fort dissout les résines. Le coaltar agissant principalement par l'acide phénique qu'il contient, on peut remplacer la macération ci-dessus par la solution suivante : Acide phénique cristallisé, 1 partie; alcool à 18° (Cartier), 99 parties. Cette solution n'est pas chère et est très-efficace.

PULVÉRISATEUR NOUVEAU. — C'est un tout petit instrument, très-élégant, très-portatif. Il est constitué par un flacon en cristal de 3 centimètres de hauteur sur 2 centimètres 1/2 de diamètre, muni d'un bec pulvérisateur et d'un propulseur en caoutchouc. Tout l'appareil mesure à peine 9 ou 10 centimètres; et, placé dans un petit étui en maroquin, il se met très-facilement dans la poche. Il est remarquablement utile pour lancer un liquide médicamenteux poudroyé dans la gorge, dans les fosses nasales, entre les paupières, sur divers points du visage, dans le conduit auditif externe. On s'en sert aussi pour parfumer la barbe ou les cheveux. Enfin, il peut remplacer avec avantage les flacons de sels dits anglais.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 décembre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret approuvant

l'élection de M. Goubaux, nommé membre titulaire de l'Académie pour la section de médecine vétérinaire.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Goubaux prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1872, dans les départements de l'Hérault et de la Dordogne.

2° Un rapport de M. le docteur Grandmottet, médecin adjoint des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Claude, sur les épidémies de variole et de fièvre typhoïde qui ont régné, la première dans la commune de Cinquetral, la deuxième dans la commune de Ravilloles. (Com. des épidémies.)

3° Un mémoire de M. le docteur Carezzoli sur la diphthérie.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Guyon, Le Fort et Panas, qui se portent comme candidats pour la section de pathologie chirurgicale.

2° Un rapport de M. le docteur Ricque, médecin-major de 1re classe, sur l'épidémie de typhus cholériforme qui a sévi dans la garnison du Havre, du 15 août au 12 octobre 1873.

3° La relation par M. L. Regnier, médecin-major de 2e classe, de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné sur le 102e de ligne, à Courbevoie, du 13 août au 6 septembre 1873. (Com. des épidémies.)

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Magitot. (Accepté.)

5° Une observation d'opération et de guérison d'un kyste hydatique suppuré du foie, par M. le docteur Lajoux, de Boissy-Saint-Léger (Seine-et-Oise).

—

M. MARIAUD, fabricant d'instruments de chirurgie, soumet au jugement de l'Académie un instrument dit *révulseur filiforme*, pour les affections oculaires, qu'il a fabriqué sur les indications de M. Gillet de Grandmont.

M. BÉCLARD soumet à l'examen de l'Académie un nouveau porte-caustique laryngien que M. Mathieu a fabriqué sur les indications de M. le docteur Ch. Fauvel.

M. le docteur Fauvel, frappé de voir à sa clinique les débutants en laryngoscopie ne pouvoir cautériser un point donné du larynx sans cautériser en même temps plusieurs autres parties de cet organe, soit en entrant, soit en retirant le porte-caustique, demandait depuis longtemps un instrument très-facile à manier et avec lequel on pût faire une cautérisation en quelque sorte instantanée, et sans être exposé à blesser le larynx en retirant l'instrument. Celui que M. Mathieu a construit répond à ces indications.

Les ouvrages suivants sont présentés à l'Académie :

Par M. LARREY, diverses brochures de M. le docteur Armieux, *Sur le choléra* et *Sur la population de Toulouse et de la France en* 1872.

Par M. BÉCLARD : 1° Une brochure de MM. Ch. Legros et Magitot, intitulée : *Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères* ; — 2° une brochure de M. le docteur Ch. Cauchois, intitulée : *Pathogénie des hémorrhagies traumatiques.*

—

La parole est à M. BARTH pour la continuation de son discours sur le choléra.

L'orateur rappelle qu'il a considéré le choléra comme une maladie *sui generis* qui, née dans l'Inde, où elle est endémique, se propage au loin, transportée par l'homme lui-même, et dont le germe se régénère dans les organismes qui en subissent les atteintes, en se multipliant par transmissions successives ; que, à son avis, ce n'est point par le contact direct des malades que le choléra se transmet d'un individu à un autre, mais par l'intermédiaire d'un miasme morbide se dégageant des corps contaminés, et principalement des déjections cholériques, dont l'air ambiant est le véhicule, et qui se propage à des distances plus ou moins grandes pour aller frapper de nouvelles victimes.

Si cette théorie ne donne pas, dès aujourd'hui, une solution complète de tous les problèmes, elle fournit au moins, suivant M. Barth, l'interprétation la plus satisfaisante de la plupart des faits.

La base de la théorie étant l'*importation* et la *transmissibilité*, M. Barth étudie avec soin ces deux questions capitales. Les agents de transport sont tantôt des *foyers infectieux* : navires, corps de troupes en marche, caravanes ; tantôt des individus isolés ; tantôt enfin des objets, et principalement des linges qui ont servi aux cholériques.

Les preuves sont établies par des centaines de faits, dont le plus frappant est l'importation du choléra de l'Inde jusqu'à nous au printemps de 1865. D'autres concernent plus particulièrement notre pays et sont renfermés en grand nombre dans les mémoires originaux parvenus

à l'Académie. M. Barth en cite un certain nombre appartenant à toutes les épidémies cholériques que nous avons subies.

Il établit ensuite que l'agent essentiel de la transmission réside dans les déjections cholériques, surtout dans le produit des évacuations alvines. C'est M. le docteur Ch. Pellarin qui, le premier, en 1849, a signalé cette source de transmission. De ces matières toxiques, répandues un peu partout, se dégagent les émanations délétères qui, suspendues dans l'air ambiant et entraînées par les déplacements atmosphériques, vont frapper de nouvelles victimes dans un rayon d'autant plus grand que la somme des effluves est elle-même plus considérable. Ces matières, introduites dans le corps d'un certain nombre d'animaux (mammifères, oiseaux), ont déterminé des accidents analogues à ceux du choléra de l'homme. On a observé que de toutes les professions, en dehors de celles de médecin, d'aumônier, de prêtre, de sœur de charité, qui sont le plus directement en rapport avec les malades, la plus fréquemment atteinte était celle de blanchisseuse. Il n'est guère possible de préciser la distance à laquelle les émanations délétères des déjections cholériques peuvent atteindre de nouvelles victimes. Il paraît certain, d'ailleurs, qu'elles sont délétères presque aussitôt qu'elles sont rendues, mais on ignore encore pendant combien de temps elles peuvent garder cette propriété infectieuse.

La propagation du choléra par les courants humains se tire de l'observation des localités envahies. On remarque que les pays épargnés sont ceux où les voies et les relations commerciales sont les moins fréquentes. Le choléra envahit, en quelque sorte, par étapes successives, et l'on peut en suivre la marche progressive, non-seulement dans les différents pays de l'Europe, mais encore dans une région de la France, d'un département à l'autre, de village à village, et, dans une même localité, de maison à maison, selon les communications les plus actives.

Les explosions partielles, d'apparence spontanée, peuvent s'expliquer par des faits d'importation passés inaperçus, ou par le réveil de germes de contage d'une invasion antérieure restés assoupis pendant un temps plus ou moins long. Un fait universellement reconnu, c'est que le choléra fait, comparativement, plus de victimes dans les contrées basses que dans les régions plus élevées au-dessus du niveau de la mer; ce qui s'explique parce que, dans les hautes altitudes, les miasmes cholériques sont plus facilement dispersés que dans les bas-fonds.

C'est pour cela que dans les villes maritimes les cas de choléra sont plus nombreux sur le port; dans les cités bâties sur les bords d'une rivière, le choléra frappe davantage les habitants des deux rives; dans un village, les habitants sont frappés en plus grand nombre dans les parties basses, etc., etc.

En résumant et généralisant davantage cette explication, M. Barth pense qu'une ville, un bourg, un village, et, dans une même localité, un quartier, une rue, une rangée de maisons un établissement soient plus particulièrement frappés, tandis que tel autre établissement, tel autre groupe d'habitations, telle rue, tel quartier, telle ville, tel bourg ou village soient comparativement épargnés, selon qu'ils sont ou non placés sous le vent d'un ruisseau, d'un foyer contaminé, selon que les aménagements sont vicieux ou favorables, sous le multiple point de vue des fossés, des égouts et autres moyens d'écoulement des immondices.

Après avoir appliqué la théorie d'un certain nombre d'autres faits, tels que la cessation brusque du choléra dans certains pays, à la limitation très-restreinte de certaines explosions dans d'autres, M. Barth termine en disant qu'il n'a pas la prétention d'avoir donné de toutes ces questions une solution satisfaisante; que ses propositions ont assurément besoin d'être confirmées par de nouvelles études, auxquelles il convie tous les observateurs consciencieux.

M. Regnauld donne lecture des conclusions d'un mémoire ayant pour titre : *Observations et expériences pharmacologiques sur le tannate de quinine.* — Voici ces conclusions :

« 1° Le tannate de quinine pur ne peut pas être obtenu par la simple précipitation de l'acétate de quinine à l'aide d'une solution d'acide gallo-tannique (tannin de la noix de galle), procédé recommandé par un grand nombre d'auteurs.

2° Le composé résultant de la réaction du tannin sur les sulfates basique et neutre de quinine retient une proportion d'acide sulfurique (3 pour 100 environ) qui ne peut pas être enlevé. Il constitue une sorte de *laque sulfo-tannique* différente, par sa composition et ses propriétés, du tannate proprement dit.

3° Dans le cas du sulfate basique dissous à la faveur de l'acide acétique (procédé de Barreswil), le dépôt est également sulfo-tannique. Les eaux de lavage de cette substance retiennent, grâce à la présence de l'acide acétique, 1/5e environ du tannate de quinine total; ce cinquième peut, du reste, être retrouvé par la neutralisation des liqueurs au moyen du bicarbonate de soude.

4° La formule de la pharmacopée de Strasbourg ne doit pas être adoptée, parce que les

proportions qu'elle prescrit la rendent inexécutable, et que, de plus, elle indique une dose de quinine près de deux fois supérieure à celle qui se trouve dans le tannate préparé chimiquement par voie de double décomposition.

5° Le procédé décrit dans mon mémoire permet d'obtenir régulièrement un sel toujours identique; il se réduit aux prescriptions suivantes : Dans une solution aqueuse d'acétate de quinine on verse une proportion d'acide tannique purifié telle, que le dépôt produit au début de l'affusion se dissolve entièrement. Ce liquide, neutralisé avec soin par le bicarbonate de soude, abandonne le tannate de quinine, dont le lavage est facile et la composition invariable.

6° Préparé par cette méthode, le tannate de quinine renferme en moyenne 20,6/100 de quinine et correspond à un composé défini C40H24Az2O4—2 (C54H22O34), dans lequel, par conséquent, l'acide tannique tribasique est en excès par rapport à la quinine, alcaloïde diacide.

7° Le coefficient physique de solubilité dans l'eau du tannate de quinine ne peut pas être déterminé, parce que, sous l'influence chimique de l'eau, ce sel se dédouble lentement en acide gallo-tannique qui dissout une faible proportion de tannate, et en tannate plus basique qui reste dissous.

8° La solubilité du tannate de quinine est considérable dans les solutions aqueuses des acides organiques qui ne précipitent pas l'acide tannique de ces dissolutions. Ce sel, au contraire, est insoluble, au moins immédiatement, dans les acides minéraux doués de la propriété de faire naître dans les liqueurs chargées de tannin les dépôts insolubles étudiés par Strecker.

9° Dans les expériences physiologiques et thérapeutiques, il importe de noter que 1 gramme de sulfate de quinine, dit neutre, équivaut à 3 gr. 50 de tannate pur et sec.

M. Vulpian compare en ce moment les propriétés du tannate pur à celles des combinaisons sulfo-tanniques qui souvent ont pris sa place dans la médecine usuelle. Dès que ces essais chimiques seront assez nombreux, les résultats en seront présentés à l'Académie. »

—

M. Devergie a lu les conclusions de son rapport sur les prix d'Ourches. Le prix de 20,000 francs n'est pas décerné; le prix de 5,000 francs est partagé entre plusieurs concurrents.

La discussion des conclusions scientifiques est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

JOURNAL DES JOURNAUX

Fibro-sarcome du péritoine. — Un cas remarquable en a été observé par le docteur Valerani, chirurgien de l'hôpital du Saint-Esprit de Casale, sur une femme mariée de 26 ans, petite, pâle et lymphatique. Développé sans cause connue, un an auparavant, il s'accrut rapidement pendant l'allaitement d'un second enfant. Du volume d'un gros œuf de poule, il acquit en deux mois celui d'une tête de fœtus à terme. De forme oblongue, bilobé, il est situé au niveau de l'ombilic, parfaitement mobile et comme sous-cutané.

L'excision en fut résolue et pratiquée sous l'influence anesthésique du bichlorure de méthylène. Le lobe, plus volumineux, fut trouvé adhérent au péritoine qu'il fut nécessaire d'exciser avec lui; l'autre avait des adhérences aponévrotiques et musculaires qu'il fallut également exciser. Bref, ce fut une opération délicate et laborieuse, mais sans hémorrhagie sérieuse. La plaie fut réunie, et des vessies remplies de glace appliquées dessus. Malgré une réaction intense, la guérison eut lieu sans complications notables.

L'examen de la tumeur, qui pesait 560 grammes et mesurait 9 centimètres de long sur 9 de large, montre un tissu lardacé, compacte, d'un blanc grisâtre, peu vasculaire. A l'état frais, comme après la macération dans l'alcool, le microscope y décela un grand nombre de cellules fusiformes, allongées, fasciculées, disposées en groupes et de toutes proportions, selon les caractères du fibro-sarcome de Virchow ou de la tumeur fibro-plastique de Lebert, de la variété *fasciculée.*

En recherchant dans la littérature médicale, l'auteur a trouvé la citation de 10 cas semblables qu'il signale, tous observés chez des femmes jeunes, dans l'état de grossesse ou d'accouchement, et tous opérés avec excision du péritoine par des chirurgiens célèbres : Riberi, Roux, Bouchacourt, Billroth. (*L'Osservatore di Torino* ou *Gazz. delle clin.*, octobre, n° 41.) — P. G.

Introduction d'un ressort de montre dans un anévrysme sacciforme de l'aorte abdominale, par le docteur Barzilai. Le docteur Montenovesi a renouvelé à Rome, le 26 mars, sur un alcoolique de 43 ans, dans la pratique du professeur Baccelli, l'audacieuse tentative faite, il y a dix ans, à Londres, de l'introduction d'un corps métallique libre dans le sac anévrysmal pour y provoquer la coagulation du sang. (Voyez *Dictionnaire annuel des progrès des sciences médicales,* 1864.) Par une ponction capillaire, il introduisit un ressort de montre sans acci-

dent. Une solidification apparente en résulta par une diminution de la tumeur et des battements expressifs, mais l'extrémité du corps étranger ne tarda pas à faire saillie, et, malgré les tentatives d'extraction et de refoulement, la mort arriva le vingt-cinquième jour après cette tentative, tandis qu'elle était survenue le cinquième dans celle de M. Moore. Si l'innocuité de l'introduction de ces corps étrangers est ainsi démontrée, — ce que l'on savait du reste par l'application de l'acu et de l'électro-puncture, — il en est de même de son inutilité pour la guérison de ces cas graves. (*Gazz. med. Venete*, avril et mai.) — P. G.

FORMULAIRE

Topique contre la toux et la dysphagie de la laryngite tuberculeuse et ulcéreuse. — Dr Krishaber.

Chlorhydrate de morphine. . . . . *Quarante centigrammes.*
Eau distillée. . . . . *Dix grammes.*

Imbiber un pinceau à manche recourbé, et toucher soit le *larynx* (plus avantageux), en se servant du laryngoscope; soit l'*épiglotte*, en tirant la langue du malade hors de la bouche. (En portant le pinceau directement dans le sens du larynx, on peut toucher l'épiglotte sans miroir d'inspection.)

Sirop de café ioduré. — Dr Calvo (ainé).

Sirop de café. . . . . 500 grammes.
Iodure de potassium. . . . . 16 —

Mêlez. — A prendre à la dose de 2 à 3 cuillerées par jour.

Le sirop de café est un excellent moyen pour déguiser la saveur de l'iodure de potassium et pour rendre l'emploi de ce précieux médicament, introduit dans la thérapeutique française par mon oncle, le docteur Ricord, agréable aux malades.

Éphémérides Médicales. — 11 Décembre 1718.

Pierre Dionis meurt à Paris. Ce chirurgien, professeur au Jardin du Roi (1673), s'acquit une grande célébrité, non pas pour avoir reculé les limites de l'art, mais à cause de sa méthode, de la clarté, de la précision de son style, et d'un ton de bonhomie plein d'intérêt qui rappelle la manière d'Ambroise Paré. — A. Ch.

COURRIER

Homicide par imprudence; — emploi du chloroforme; — dommages-intérêts. — On sait qu'il y a quelques mois, une dame Caron, conduite par son mari chez un dentiste de Lille, qui la chloroforma sous ses yeux, succomba à l'action de l'agent anesthésique. Condamné a Lille à un mois de prison et 500 fr. d'amende pour homicide par imprudence, le dentiste fut déchargé en Cour d'appel de la peine d'emprisonnement.

C'est alors que M. Caron, bien qu'ayant donné par sa présence pleine autorisation à l'emploi du chloroforme, que sa femme avait déjà subi sans inconvénient, crut pouvoir se fonder sur ces jugements pour réclamer des dommages-intérêts, tant en sa faveur qu'en celle de son fils mineur. Ses prétentions s'élevaient au chiffre de 20,000 fr.

Le tribunal, après la clôture des débats, avait mis l'affaire en délibéré pour jugement être rendu vendredi dernier. Considérant que l'arrêt du tribunal de Lille et celui de la Cour d'appel de Douai consacrent, comme chose jugée, le fait d'homicide par imprudence à la charge dudit dentiste, il a condamné celui-ci à 4,000 fr. de dommages, ainsi répartis : 1,000 fr. en faveur de M. Caron; 3,000 fr. placés en rente d'État sur la tête de son fils mineur, pour remise lui en être faite à sa majorité.

Hippophagie; — médaille d'honneur. — Pendant le troisième trimestre de 1867, on a livré à la consommation, à Paris, 418 chevaux, 7 ânes et 10 mulets. Pendant le troisième trimestre des années suivantes, voici les chiffres : en 1869, chevaux 599, ânes 27, mulets 0; en 1871, chevaux 624, ânes 82, mulets 10; en 1873, chevaux 1,548, ânes 140 et mulets 15, qui ont fourni 303,970 kilogram. de viande nette, c'est-à-dire non compris le cœur, le foie, la cervelle, la langue, etc., dont on fait usage comme de ceux du bœuf.

Il y a dans la capitale une quarantaine de boucheries chevalines qui sont inspectées par des médecins-vétérinaires de l'Administration. Le prix de la viande est à peu près moitié de celui

du bœuf par morceaux correspondants. Les chevaux propres à l'alimentation, qui valaient autrefois 30 à 50 francs, sont vendus maintenant de 130 à 150 francs en moyenne. Ces chevaux, qui étaient achetés par les équarrisseurs, intéressés à ne leur donner aucun soin, sont aujourd'hui vendus aux bouchers, qui trouvent leur avantage à les loger et à les nourrir convenablement pour avoir de la bonne et belle viande.

Afin d'encourager les bouchers à suivre cette voie, le Comité de la viande de cheval décerne de temps en temps des *médailles d'honneur* à ceux qui se sont le plus distingués. Dans sa séance du 21 novembre 1873, il a accordé une de ces médailles à M. Victor Tétard, qui a établi pour son industrie six boucheries, un abattoir spécial et deux bonnes écuries.

— D'après les calculs d'une feuille médicale de Kiew, la *Médecine contemporaine*, il n'y aurait en Russie qu'un médecin pour 14,116 habitants, tandis qu'en Prusse la proportion est de 1 à 3,230; en Autriche, de 1 à 4,355, et en Hongrie de 1 à 5,492. Le nombre total des étudiants en médecine monte, en Russie, à 1,922. En Allemagne, il s'élevait à 3,978 dans le semestre de l'hiver passé.

— On mande de Naples, à la date du 6 décembre, que le choléra a presque cessé.

— Tout récemment a eu lieu, à Zurich, une réunion de la Société de la Mort, ayant pour but de fonder une secte qui, à la mort de chaque membre, ordonne l'incinération du corps.

Mœurs des poissons chinois. — Il y a quelques années seulement, M. Carbonnier faisait présenter à l'Académie des sciences une note sur des poissons chinois d'une espèce toute particulière qu'il venait de rapporter en France, et dont les mœurs offrent des particularités fort singulières.

Aux jours de l'hyménée — disait la note de M. Carbonnier — dès que la femelle s'apprête à l'acte de la parturition, le mâle redouble ses soins, il va, court, fait l'empressé, et oublie même de prendre ses repas. Enfin l'épouse se tord dans la douleur..... Aussitôt le mari se rapproche d'elle, il se courbe en arc, et, saisissant sa chère moitié, il la presse avec la plus grande délicatesse. Cette douce étreinte suffit pour ouvrir les portes de la vie à la nombreuse progéniture.

Bientôt les œufs sont poussés dans une sorte de nid où le père a pris la précaution de retenir à l'avance des bulles d'air.

Dès que la famille s'est réunie dans le berceau, il quitte sa femelle qui continue une vie d'aventure, et veille nuit et jour sur sa postérité. Un œuf vient-il à quitter le nid, le père s'élance à sa recherche, le saisit avec les plus grandes précautions et le remet en sûreté; quant à la femelle, elle n'est là que pour pondre ses œufs, mais elle ne s'en préoccupe plus dès qu'il sont pondus. C'est le père seul qui a toute la charge de la progéniture et qui s'acquitte de son devoir avec le soin le plus minutieux, avec la galanterie la plus chevaleresque.

Que d'humains devraient prendre exemple sur ce mari de poissons chinois!

Depuis la découverte de M. Carbonnier, plusieurs familles de ces mêmes poissons ont été introduites en France, et l'on nous dit aujourd'hui qu'elles y sont en complète prospérité.

L'ALMANACH GÉNÉRAL

DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

POUR LA FRANCE ET LES COLONIES

Publié par l'Administration de L'UNION MÉDICALE

44me ANNÉE — 1874

Contenant les noms, qualités et adresses de tous les docteurs, officiers de santé et pharmaciens de France et des colonies; — tous les renseignements utiles sur les Facultés, Écoles, Sociétés de médecine et de pharmacie, hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés, eaux minérales, etc., etc.

Est en vente aux Bureaux de **L'UNION MÉDICALE**, rue de la Grange-Batelière, 11

Et chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine

Prix : 4 Francs

On souscrit en envoyant un mandat de poste de 4 francs ou 4 francs en timbres-poste aux Bureaux de l'Union Médicale.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

PATHOLOGIE

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE OUVERT DANS LA CAVITÉ PLEURALE DROITE; — PYO-PNEUMOTHORAX ET VOMIQUES ABONDANTES; — OPÉRATION D'EMPYÈME; — GUÉRISON (1).

Observation rédigée par le docteur ROBERT, de Pau,

ET SUIVIE DE RÉFLEXIONS

Par le docteur MOUTARD-MARTIN,

Médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine.

Cette intéressante observation mérite d'être étudiée dans quelques-uns de ses détails, et d'être complétée dans quelques-unes de ses parties par l'un de ceux qui ont été acteurs dans cette cure presque inespérée.

Le début de la maladie a été fort insidieux, tellement insidieux que le malade et le médecin qui lui a donné des soins ont constaté la marche d'une pleurésie franche, aiguë, passant peu à peu à l'état chronique, déterminant une perforation pleuro-bronchique et un pneumothorax ; mais la localisation des signes du pneumothorax, l'intégrité de la respiration depuis le sommet jusque vers la partie moyenne de la poitrine, font déjà soupçonner par les médecins traitants quelque chose de moins commun que le pneumothorax ordinaire, et ils diagnostiquent une pleurésie enkystée de la base ouverte dans les bronches. Ce pneumothorax persiste, et, sans altérer profondément la santé générale du malade, il affecte son moral, et, dans ces circonstances, je suis appelé à le voir à Pau, le 7 avril 1872.

Je fus frappé de prime abord de l'aspect du malade, qui ne présentait que peu d'amaigrissement, peu d'altération des traits ; qui conservait de l'appétit, de bonnes digestions, et des forces suffisantes pour sortir chaque jour. L'examen direct me fit constater un bruit manifeste de succussion hippocratique, s'entendant à distance. Toutefois, le choc du flot liquide sur la main me parut un peu obscur, comme si la paroi présentait une épaisseur anormale.

L'auscultation permettait d'entendre une respiration pure et normale dans la moitié supérieure ; du souffle amphorique vers la partie moyenne; silence complet dans la partie inférieure. Je n'ai pas entendu de tintement métallique.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 9 décembre 1873.

FEUILLETON

CAUSERIES

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE EN 1873 (1)

SECTION DE PATHOLOGIE INTERNE

Le premier nom qui apparaît, brillant et radieux, en tête de cette section, est celui de M. ANDRAL (Gabriel). Ce nom aimé et respecté ne peut inspirer à nous tous, médecins de sa génération, que de douloureuses pensées. Il y a vingt ans que M. Andral s'est retiré de la vie active, qu'il a renoncé à l'enseignement, qui fut une de ses gloires, qu'il ne fréquente plus les Académies des sciences et de médecine, où sa voix aurait été si écoutée, qu'il a abandonné la pratique, au grand regret de ses confrères et des malades. Vingt ans perdus de cette belle et si riche intelligence. Quel malheur pour l'enseignement et pour la science ! Tout le monde connaît la triste et pieuse cause de cette retraite, disons de ce sacrifice ; il serait peu séant de la rappeler ici.

Né en 1793, M. Andral est un des plus anciens membres de l'Académie, où il est entré en 1823, moins de deux ans après sa fondation, à l'âge de 30 ans.

M. Andral, lorsqu'il se présenta à l'Académie de médecine, avait déjà obtenu au concours le titre d'agrégé à la Faculté et un service de médecin dans les hôpitaux de Paris. A propos de ce dernier titre, M. Andral est un des rares exemples de ceux qui l'ont obtenu sans avoir passé

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 novembre.

La percussion donnait un son normal dans la moitié supérieure, et de la *matité* dans la moitié inférieure.

Je pus constater une dilatation très-prononcée de la partie inférieure du côté droit de la poitrine, et en même temps cet abaissement du foie signalé dans l'observation et sur lequel le malade et ses médecins appelaient mon attention.

J'émis un avis qui fut discuté par mes distingués confrères, qui avaient vu débuter la maladie et en avaient suivi toutes les phases. Je dis que nous ne devions pas avoir affaire à une pleurésie avec pneumothorax ordinaire, et je m'appuyais sur les considérations suivantes :

Une pleurésie avec pneumothorax est une pleurésie purulente qui, par elle-même, porte une atteinte plus profonde à l'état général du malade, surtout quand il existe un pneumothorax depuis quatre mois. Or, le malade n'avait pas de fièvre, très-peu d'amaigrissement, de l'appétit, de bonnes digestions.

Dans la forme de la poitrine, dans les résultats fournis par la percussion, par l'auscultation, par la succussion, je trouvais quelque chose d'anormal difficile à définir et impossible à décrire qui détournait ma pensée d'une simple pleurésie purulente ouverte dans les bronches.

Enfin l'examen du foie, son abaissement encore très-considérable, son volume, qui me parut plus grand qu'à l'état normal. Cet abaissement, déjà constaté par le malade alors que l'épanchement pleurétique était considéré comme peu abondant :

Tout cet ensemble me fit penser qu'il pouvait exister un kyste hydatique du foie ouvert dans la plèvre droite, à travers le diaphragme, ayant déterminé une pleurésie purulente limitée, et communiquant elle-même avec les bronches.

Cette opinion fut fortement discutée par les nombreux confrères qui assistaient à la consultation, et il fut décidé à la grande majorité que, malgré l'état général satisfaisant, il y avait lieu, surtout pour agir sur le moral du malade, de faire une ponction qu'il demandait, et de retirer tout ce qu'il serait possible de retirer du liquide purulent, se réservant d'agir plus énergiquement dans le cas où l'état général viendrait à subir une altération notable.

Trois ponctions furent faites avec les trois aiguilles de calibre différent de l'aspirateur Dieulafoy. Les aiguilles furent enfoncées petit à petit dans toute leur longueur, sans résultat, quoique ayant été enfoncées dans des points différents. Je ne voulus pas aller plus loin dans ces tentatives, et on peut voir dans l'observation combien elles furent innocentes.

---

par l'internat. M. Andral, en effet, n'a pas été interne des hôpitaux. Mais il y suppléa, et largement, par le stage de plusieurs années qu'il fit à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Lerminier, où il puisa les éléments de son *Précis d'anatomie pathologique* et de sa *Clinique médicale.*

Son mémoire de présentation à l'Académie fut son travail *Sur l'anatomie pathologique du tube digestif.*

Je ne trace ici qu'un léger crayon des membres de l'Académie, et, en tant que membres de l'Académie, je cherche à indiquer le rôle qu'ils ont joué dans cette Compagnie savante et l'influence qu'ils y ont exercée. Ces esquisses n'ont pas d'autre prétention.

Eh bien, il faut le reconnaître, même dans le temps de toute son activité, M. Andral a un peu négligé l'Académie. On ne s'y souvient, je crois, que d'un unique rapport fait par lui, rapport célèbre, il est vrai, rapport magistral, sur le traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs, qu'il présenta en 1837. Il ne s'est mêlé qu'avec une grande discrétion aux discussions de doctrine ou de pratique qui, si souvent, ont passionné l'Académie. On ne l'y voyait guère qu'aux jours d'élections.

Aussi M. Andral n'a-t-il pu ambitionner et n'a pas reçu les honneurs présidentiels qui, s'il eût fait preuve de plus de zèle, lui eussent été offerts avec empressement.

M. Andral a été pour l'Académie une lumière en puissance, mais non virtuelle.

Et qui mieux que lui cependant eût pu se mêler avec fruit et avec éclat aux discussions de l'Académie? Tous ceux qui ont conservé le souvenir des belles leçons de pathologie générale faites par M. Andral à la Faculté de Paris, savent que la plupart de ces leçons, celles surtout où il appréciait les grands médecins de l'antiquité — ces leçons qui ont été recueillies et publiées dans ce journal par M. Tartivel, à la grande satisfaction de nos lecteurs — savent, dis-je, que

Après cet insuccès opératoire, la question de diagnostic fut de nouveau agitée, et, en présence des observations faites dès le début de la maladie, et rappelées par le docteur Duboué, qui avait suivi le malade depuis les premiers jours, observations qui ne laissaient que peu de place au doute, nous tombâmes d'accord sur l'existence d'une pleurésie interlobaire ouverte dans les bronches, et dont la cavité était séparée de la paroi thoracique par une épaisseur notable de poumon comprimé et carnifié.

Les ponctions furent faites au mois d'avril 1872, et, pendant dix mois, le malade parut marcher vers une guérison lente, mais progressive. Au mois de février 1873 seulement, il eut une vomique suivie de plusieurs autres et, vers la fin de mars, la toux était devenue incessante, quinteuse, suffocante, et amenait un liquide sanglant très-abondant. Le malade, depuis le mois de février, dépérissait chaque jour; la fièvre était continue, et, surtout depuis trois jours, il avait des accès de suffocation tels, que la mort paraissait imminente, lorsque je fus appelé à Pau par dépêche; j'y arrivai le 30 mars 1873, et je me rendis aussitôt auprès du malade avec les docteurs Duboué, Meunier et Pomier.

Je n'insisterai pas sur l'état du malade au moment de ma visite; il est décrit dans l'observation; mais, m'appuyant sur les mêmes raisons que la première fois, j'émis encore l'avis que nous devions avoir affaire à un kyste hydatique du foie ouvert dans la plèvre et dans les bronches.

Quant au traitement, nous étions parfaitement d'accord. La mort était imminente, si nous n'amenions pas l'issue du liquide, et si, par cette évacuation, nous n'arrivions pas à calmer la toux. La seule opération qui nous parut utile fut la large ouverture intercostale, permettant le libre écoulement des produits contenus dans la cavité, et cette opération me paraissait d'autant plus la seule praticable que j'avais la pensée qu'il faudrait donner issue à des masses solides, plus ou moins volumineuses.

L'opération de l'empyème fut donc décidée, et tous furent d'avis qu'il n'y avait pas de temps à perdre, qu'il fallait qu'elle fût faite immédiatement.

Quant à moi, qui partageais cet avis, je me souvenais de l'insuccès des ponctions de l'année précédente, et je prévoyais des difficultés contre lesquelles je voulus me mettre en garde.

Tout étant préparé pour l'opération, que le malade attendait avec impatience, je commençai par faire une ponction avec le trocart moyen de l'aspirateur de Potain,

---

ces leçons étaient de véritables dissertations académiques dont M. Andral improvisait la forme avec une chaleur communicative.

M. Andral, n'en doutons pas, eût été aussi bien placé à la tribune académique que dans la chaire de la Faculté.

M. Andral s'étant retiré du monde dans toute sa force, dans l'intégrité de son intelligence, aura-t-il mis à profit sa retraite pour rédiger son *Cours de pathologie générale?* Espérons-le, sans que nous ayons aucun motif de concevoir cette espérance. Nous ne pouvons oublier d'ailleurs qu'après avoir vainement cherché, dans les investigations de l'anatomie pathologique, les éléments d'une doctrine médicale qui satisfît son esprit, après avoir passé de l'étude des altérations des solides à l'étude des altérations des liquides et du sang en particulier, M. Andral en était arrivé à un état de découragement, de doute et même de scepticisme qui se reflétait dans son langage et dans sa pratique. Si l'on en juge par un de ses actes récents, la foi de M. Andral en la médecine traditionnelle serait singulièrement affaiblie, car il a quitté sa retraite pour venir combattre à l'Académie des sciences l'entrée d'un représentant de cette médecine traditionnelle au profit d'un représentant de la physiologie expérimentale, que M. Andral semble considérer aujourd'hui comme le seul espoir de la science médicale.

Et cependant, si nous en croyons quelques renseignements, M. Andral se livrerait encore à la pratique de la médecine, mais par pure diversion charitable. Retiré à Châteauvieux, petit village de Loir-et-Cher, dans un domaine appartenant à son fils, M. Andral visite et reçoit en consultation les malades pauvres qui lui demandent ses soins.

Singulière fin pour un professeur de la Faculté de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur et médecin consultant du roi Louis-Philippe !

afin de m'assurer que je pénétrerais dans une cavité et de la profondeur à laquelle il faudrait aller la chercher. Cette ponction amena par l'aspiration une certaine quantité de liquide absolument pareil à celui de l'expectoration, mais j'avais dû pénétrer profondément, et il était certain pour moi que j'entreprenais d'aller ouvrir une cavité située à plusieurs centimètres de la face interne des côtes. L'état du malade était tel, qu'il n'y avait pas à hésiter.

Le trocart était enfoncé dans le huitième espace intercostal; je laissai la canule en place et j'incisai cet espace, guidé par la canule du trocart, que je ne retirai que lorsque je fus arrivé dans l'espace intercostal. J'avais fait dans la direction de l'espace intercostal une incision de 6 à 7 centimètres de longueur, et j'étais arrivé, en coupant couche par couche, sur le bord supérieur de la côte. Là, guidé par mon doigt indicateur gauche, mon bistouri, rasant le bord de la côte, détacha les muscles intercostaux, et arriva à dépasser notablement la face interne des côtes. Mon doigt, qui servait de guide, sentait devant lui une résistance molle, élastique, jusqu'à ce que, enfin, le bistouri ait fait jour dans une cavité à parois épaisses, de consistance fibreuse, séparée des côtes par une distance d'au moins 2 centimètres 1/2, intervalle rempli par ce tissu élastique et mou dont j'ai parlé. Je n'hésitai pas à agrandir l'incision interne pour lui donner une longueur à peu près pareille à celle de l'incision externe, et, par cette large ouverture, nous vîmes sortir avec violence, poussée par les efforts de toux, une quantité considérable de liquide sanguinolent, pareil aux crachats, liquide qui fut projeté à une grande distance avec de l'air, comme par un soufflet, et dont l'écoulement se trouva tout à coup interrompu par l'engagement dans la plaie d'une masse mollasse, opaline, que je dus retirer avec les doigts, et qui n'était autre chose qu'un large débris d'une vaste poche hydatique, dont d'autres parties vinrent se présenter à leur tour à l'ouverture et furent extraites.

Ainsi se trouvait confirmé de tous points le diagnostic que j'avais soupçonné dès ma première visite, au mois d'avril 1872.

Après les lavages habituels à grande eau tiède alcoolisée, je voulus faire le pansement que je recommande maintenant de préférence à tous autres, et que j'ai déjà fait adopter par beaucoup de confrères. Ce pansement consiste à maintenir la plaie béante au moyen d'un chapelet de tubes de caoutchouc traversés par un gros fil qui sert à les fixer à la paroi thoracique pour les empêcher de pénétrer et de disparaître dans la plèvre. Ces tubes ont une longueur de 10 à 12 centimètres. Chez notre confrère, il nous fut impossible de faire supporter ces tubes, dont la

---

Le membre de cette section qui vient après M. Andral est certainement l'un des académiciens les moins connus de la génération actuelle. C'est cependant un gentilhomme, un vicomte, M. Le Jumeau de Kergaradec (Jean-Alexandre). Je ne connais pas au juste l'âge de ce vénérable académicien; on le croit plus qu'octogénaire. Il est certain que son doctorat date de 1809. En supposant que M. de Kergaradec eût 25 ans à la soutenance de sa thèse, 25 et 64 feraient 89 ans que porterait et que supporterait très-bien cet aimable vieillard, encore très-droit, très-alerte, et n'ayant d'autre infirmité qu'une dureté d'oreille qui l'oblige à s'asseoir tout auprès de la tribune.

M. de Kergaradec appartient aussi à l'Académie depuis 1823; mais il lui a fait de longues infidélités. Nous croyons qu'il a passé loin d'elle, et dans ses terres de Bretagne, toutes les années du règne de Louis-Philippe. Après la Révolution de 1848, on le vit reprendre son siége à l'Académie, qu'il quitta encore en 1850 pour remplir les fonctions de recteur de l'Université dans le département du Morbihan.

M. de Kergaradec est chevalier de la Légion d'honneur et officier de l'Université. Il a fait à l'Académie quelques rapports comme organe des commissions permanentes dont il a fait partie. Son mémoire *sur l'auscultation appliquée à l'étude de la grossesse* est un hommage rendu à la mémoire de Laënnec, dont M. de Kergaradec a été l'ami et, je crois, le parent.

Je n'ai pas souvenir d'avoir entendu M. de Kergaradec se mêler aux discussions de l'Académie dont, depuis plusieurs années, il suit les séances avec la plus grande assiduité.

Ce respectable académicien est un véritable gentilhomme dans toute la bonne acception du mot. Affabilité, politesse exquise, esclave de sa parole, sachant pallier un refus par une extrême bienveillance, et engageant sa promesse avec chaleur et sincérité; tel le trouvent les nom-

présence provoquait la toux et le spasme du diaphragme avec suffocation. Nous dûmes, à notre grand regret, abandonner la plaie à elle-même jusqu'au lendemain. Nous fîmes alors de nouvelles tentatives, et nous pûmes faire supporter *trois* tubes qui facilitèrent, pendant tout le cours du traitement, la sortie des liquides sécrétés et les lavages répétés.

Pour tous les autres détails, je renvoie à l'observation ; mais cependant je tiens à réparer une omission qui a une grande importance, car le fait omis nous éclaire sur la nature des tissus que le bistouri a dû intéresser pour pénétrer dans le kyste. J'étais inquiet de savoir si j'avais traversé une couche épaisse de fausses membranes organisées, ou si j'avais largement incisé une portion du tissu pulmonaire aplati entre le kyste et la paroi costale. Si j'avais incisé largement le poumon, quels accidents pouvaient survenir? D'accidents, il n'en survint aucun; la toux fut calmée aussitôt après l'opération ; l'expectoration sanguine disparut, et cependant, quelques jours plus tard, nos bons amis Duboué et Meunier, qui m'avaient prêté une si intelligente assistance, et qui ont soigné le malade avec un dévouement sans bornes, virent un corps solide s'engager dans la plaie, et en retirèrent un lambeau de tissu pulmonaire fort reconnaissable, et mince comme si le bistouri en eût coupé une tranche.

Ce fait démontre que la blessure du poumon comprimé et carnifié, peut ne pas provoquer d'hémorrhagie bronchique, et permet une guérison prompte et complète, puisque, dès les premiers jours de juin, la suppuration était tellement tarie qu'il fut question de retirer les tubes, qui furent laissés par prudence. Mais bientôt deux tubes furent chassés par les progrès de la cicatrisation intérieure; le dernier fut enlevé dans les premiers jours de juillet, et la fistule cicatrisée cinq ou six jours après.

Je viens de voir notre confrère et ami (octobre 1873), dont la santé n'a jamais été meilleure, et qui va reprendre le cours de ses occupations professionnelles, trop longtemps interrompu.

C'est grâce aux lavages plusieurs fois renouvelés chaque jour, ainsi qu'à l'intelligence des soins consécutifs, que cette résurrection a eu lieu. J'ai eu l'honneur d'ouvrir les voies, et MM. Duboué et Meunier ont fait la besogne de chaque jour, de chaque instant. A nous tous la satisfaction du succès.

Quel aurait été le sort de ce malade, il y a seulement dix ans? Aurait-on songé à faire l'opération de l'empyème, et la crainte qu'inspirait la large ouverture de la

---

breux candidats à l'Académie, qui peuvent frapper à sa porte avec la certitude de n'être pas déçus, en ce qui le concerne, dans leurs supputations.

Voici un académicien qui n'a pas pris un siége *in partibus*, c'est M. Bouillaud (Jean-Baptiste), qui depuis 1825, date de son élection, a prouvé qu'il prenait au sérieux la fonction dont l'avait revêtu la sympathie de ses confrères.

M. Bouillaud est âgé de quatre ans de plus que le présent siècle, et, certes, sa taille très-svelte, la souplesse et la grâce de ses mouvements et de ses attitudes, la vivacité de son regard, la parfaite intégrité de toutes ses facultés, la conservation de sa voix, rien n'indique dans ce privilégié de la nature qu'il touche à l'octogénariat ; tout nous fait espérer, au contraire, qu'il entre à peine dans cette seconde jeunesse prédite par Flourens, et dont lui-même n'a pas su profiter.

Les titres de M. Bouillaud à l'estime et au respect des hommes sont si connus qu'il est parfaitement inutile de les rappeler ici. D'ailleurs, je le répète, ce n'est pas M. Bouillaud professeur, auteur, clinicien, praticien, que je me donne la mission d'exhiber ici, c'est M. Bouillaud académicien, voilà tout ; le reste appartient aux biographes, et je n'en suis pas.

Or, M. Bouillaud a rempli à l'Académie un rôle considérable. Il n'est pas de question médicale importante de philosophie, de doctrine, de pratique, dans laquelle il ne soit intervenu. Il n'a pas toujours eu le bonheur de convaincre ses auditeurs, mais il a toujours eu celui de leur plaire et de s'en faire écouter.

M. Bouillaud, en effet, a le verbe facile et abondant; il improvise toujours, même ses plus longs discours, qui ont duré quelquefois plusieurs séances. Son style est du genre classique, avec réminiscences fréquentes de ses premières études littéraires. Il ne vieillit pas plus à

cavité thoracique n'aurait-elle pas condamné notre confrère à une mort certaine? Moi-même, qui avais déjà pratiqué un certain nombre d'opérations heureuses dans des cas de pleurésies purulentes, je n'aurais pas assez compté sur mon expérience pour opérer en pareil cas.

Notre jeune confrère n'est pas le premier malade que j'opère pour des kystes hydatiques du foie ouverts dans la plèvre, j'en ai cité un exemple très-remarquable dans mon ouvrage sur *la pleurésie purulente et son traitement* (observ. II, p. 21). Le malade n'offrait aucun symptôme d'affection du foie, et avait été pris tout à coup des signes d'une pleurésie suraiguë. L'opération de l'empyème, qui dut être pratiquée, donna issue à d'énormes poches hydatiques rompues et à des hydatides entières. Chez ce malade, la mort, survenue cinq mois après la guérison complète, et par le fait d'une tuberculose aiguë, a permis de constater anatomiquement l'origine hépatique du kyste.

J'insisterai plus longuement sur un troisième fait qui n'a pas été encore publié, et qui offre un certain nombre de particularités dignes d'attention.

Un ancien sous-officier de spahis, chevalier de la Légion d'honneur, âgé de 54 ans, entre dans mon service dans les premiers jours d'août 1872. Cet homme déclare qu'il a toujours eu une très-bonne santé, et qu'il n'a jamais été arrêté que par les nombreuses blessures dont il porte les traces à la face et sur toutes les parties du corps. Pendant la guerre de 1870-1871, il a été capitaine d'une compagnie de volontaires.

Il est amené à l'hôpital par le docteur Le Guillou, qui lui donnait des soins depuis quelques semaines pour une affection thoracique dont il souffrait déjà depuis longtemps. Le malade, examiné, nous dit que, depuis déjà assez longtemps, il ressent une douleur dans le côté droit de la poitrine, qu'il tousse et qu'il a de l'oppression; son médecin, qui a constaté les signes d'une pleurésie, lui a fait appliquer, sans succès, plusieurs vésicatoires volants. L'examen direct nous fait reconnaître une dilatation très-prononcée de la moitié inférieure du côté droit du thorax, dilatation brusque, formant un ressaut très-accentué. La percussion produit une résonnance normale de toute la partie supérieure, cessant brusquement au niveau de la dilatation, et remplacée par une matité complète jusqu'à la base de la poitrine. L'auscultation fait entendre une respiration normale dans la moitié supérieure,

---

l'intellctuel qu'au physique. Tel on l'a entendu il y a vingt ans, il y a trente ans, tel on l'entendrait encore s'il avait à discuter quelques-unes des questions qu'il a si souvent agitées devant l'Académie, à ce point qu'un vieux familier des séances de ce corps savant pourrait indiquer d'avance les lignes et les dispositions de son discours. Cela fait grand honneur aux convictions pérennes de l'honorable académicien; mais peut-être gagnerait-il lui-même, non pas à modifier ses convictions, — on ne peut proposer cela à un galant homme, — mais à mettre un peu de variété dans le choix de ses oraisons académiques.

M. Bouillaud a reçu et a bien mérité les honneurs de la présidence qui lui ont été décernés. Un instant ce nerveux et irritable académicien a semblé bouder l'Académie, et a fait mine de se retirer sous sa tente. Mais ce petit accès de coquetterie a été bientôt passé. M. Bouillaud a besoin de la tribune de l'Académie, c'est une de ses premières amours, et l'on revient toujours à ses premières amours; d'autant plus que par une modestie excessive, ou par un besoin de repos qui ne se faisait guère sentir dans cette vaillante nature, il a abandonné ingratement son deuxième amour, la chaire de clinique à la Charité où il obtint de si beaux triomphes.

Pour copie conforme :

(*A suivre.*) Dr SIMPLICE.

Éphémérides Médicales. — 13 DÉCEMBRE 1736.

Mort de Georges Maréchal, natif de Calais (1658); premier chirurgien du roi (1703). Il se recommande surtout pour avoir été le promoteur de tous les établissements fondés par Louis XV pour les progrès de la chirurgie et le soulagement des pauvres de Paris. Opérateur, d'ailleurs, d'une grande dextérité, surtout dans la taille par le haut appareil. Il peut être appelé le Dupuytren du XVIIe siècle. — A. Ch.

nulle dans la moitié inférieure, et cessant brusquement au niveau de la dilatation; pas d'égophonie, pas de retentissement de la voix.

Les autres organes ne présentent rien d'anormal; le foie déborde les fausses côtes seulement de deux travers de doigt; il n'est pas sensible à la pression. Le cœur est un peu refoulé à gauche.

Le malade accuse de l'oppression, un grand essoufflement au moindre mouvement, pas de fièvre.

Je porte le diagnostic de *pleurésie enkystée de la base du côté droit*.

En présence de cette dilatation considérable, de l'essoufflement du malade, de l'insuccès des vésicatoires déjà appliqués, je décide la thoracentèse, et elle est pratiquée le lendemain avec l'appareil aspirateur de Potain. L'opération donne issue à deux litres d'un liquide d'aspect lactescent, beaucoup plus fluide que le pus, et dont je n'avais jamais observé l'analogue. Ce liquide, par le repos, se sépare en deux couches distinctes : une couche supérieure présentant près des trois quarts de la hauteur totale, formée par un liquide très-fluide, légèrement opalin, contenant de l'albumine en bien moins grande quantité que la sérosité ordinaire des épanchements pleuraux, et contenant une forte proportion de chlorure de sodium. La couche inférieure, formant le quart de la hauteur totale, est constituée par une matière blanche, opaque, pulvérulente, se mêlant par l'agitation au liquide superposé, comme le ferait de la poudre d'amidon délayée dans de l'eau froide. Cette matière blanche est presque entièrement composée de cristaux de cholestérine.

L'examen microscopique ne fait voir aucun crochet d'hydatides; cependant, en présence de la forme du thorax, et surtout de la constitution du liquide extrait, nous ne pouvons douter de la présence d'un kyste hydatique du foie développé à sa face supérieure, et ayant fortement refoulé le diaphragme en haut et dilaté la base du côté droit du thorax.

Notre diagnostic se trouve donc modifié par la ponction.

L'état du malade fut notablement amélioré par cette évacuation de liquide, qui ne se reproduisit que lentement; mais, à la fin du mois d'août, une médiocre quantité de liquide s'étant reproduite, je voulus faire une nouvelle ponction, espérant obtenir la rétraction et la guérison du kyste par des ponctions successives. Le malade s'y opposa formellement, à cause de l'état satisfaisant dans lequel il se trouvait, et voulut sortir de l'hôpital.

Le 20 octobre suivant, le docteur Le Guillou me ramène son malade dans l'état le plus alarmant : suffocation effrayante, cyanose des lèvres et des mains, œdème des extrémités inférieures et de la partie inférieure du tronc, œdème du côté droit du thorax, qui présente un énorme développement, fréquence extrême du pouls, qu'il est à peine possible de compter, orthopnée. Matité absolue de tout le côté droit du thorax, en avant comme en arrière; refoulement du médiastin à gauche; la pointe du cœur bat sous l'aisselle. Absence complète de bruit respiratoire dans tout le côté droit.

En présence des accidents nouveaux qui avaient empiré notablement depuis les premiers jours du mois d'octobre, le diagnostic ne me parut pas douteux. Nous devions avoir affaire à une pleurésie purulente causée par l'ouverture d'un kyste hydatique dans la plèvre à travers le diaphragme.

Une indication se présentait immédiatement qu'il fallait se hâter de remplir : évacuer le liquide contenu dans la plèvre, et prévenir la suffocation, qui était imminente. Je fis aussitôt la ponction avec l'aspirateur Potain, et je retirai un litre de pus, qui vint facilement et sans arrêt; mais brusquement l'écoulement du liquide s'arrêta, et je ne pus en retirer davantage, quoique la poitrine fût encore remplie. Le malade venait d'être apporté à l'hôpital, il était à peine réchauffé; je pensai que la quantité de liquide extraite lui permettrait de respirer plus librement, de se reposer un peu, et qu'il serait dans de meilleures conditions le lendemain pour subir l'opération de l'empyème, que je regardais comme indispensable, convaincu que

l'écoulement du liquide avait été interrompu par une membrane hydatique qui était venue boucher la canule. L'opération fut donc remise au lendemain.

Tout étant préparé pour l'opération, le 21 octobre je pratiquai une large incision de 7 centimètres de longueur dans le huitième espace intercostal, laquelle donna issue à plus de cinq litres de pus dont l'écoulement fut à plusieurs reprises interrompu par l'engagement dans la plaie de larges débris de membranes hydatiques qu'il fallait extraire avec les doigts, et même d'hydatides entières.

Le pansement fut fait, comme d'habitude, après les lavages, et le malade éprouva un bien-être immédiat. Je ne veux pas entrer dans tous les détails de cette observation pour ce qui suit l'opération. Le malade fut soigné et pansé avec le plus grand zèle par mon interne, M. Peyrot; la cavité se rétrécit petit à petit. La convalescence ne fut entravée par aucun autre accident que la chute d'un tube de caoutchouc dans la plèvre. L'extraction de ce tube offrit des difficultés; il fallut dilater la plaie extérieure par des applications d'éponges préparées, et aller chercher le tube dans la plèvre avec une longue pince courbe. Cette recherche fut faite avec habileté par M. Peyrot, et la convalescence ne fut pas notablement retardée par cet accident qui nous avait beaucoup tourmenté.

Au mois de janvier 1873, il ne restait plus qu'une cavité fort minime, dans laquelle on ne pouvait pas faire pénétrer plus de 50 grammes d'eau. Le malade, trop bien portant, devint indiscipliné, portant le désordre dans la salle, et je fus obligé de le faire sortir, en recommandant à son médecin, M. le docteur Le Guillou, les soins qu'il restait à lui donner.

Je revis le malade deux ou trois fois à la consultation de l'hôpital, allant de mieux en mieux, la suppuration diminuant chaque jour; mais le malade conserve encore un tube qui fournit très-peu de pus, et qu'il serait certainement possible de supprimer, à la condition d'une surveillance suffisante.

J'ai donc eu trois fois l'occasion de pratiquer l'opération de l'empyème pour des kystes hydatiques du foie ouverts dans la plèvre et ayant déterminé des pleurésies purulentes. Une fois même, chez notre jeune confrère, il y avait eu ouverture dans les bronches et formation d'un pneumothorax. Les trois malades ont guéri, et même rapidement guéri, malgré l'état extrêmement grave dans lequel ils se trouvaient tous trois. Chez le dernier malade, la guérison a été d'autant plus remarquable qu'il était plus âgé. Dans mon ouvrage sur la *Pleurésie purulente et son traitement*, j'ai rapporté l'observation d'un malade de 52 ans guéri par l'opération de l'empyème; ce dernier malade avait 54 ans. J'insiste d'autant plus sur ces deux guérisons que, dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine en 1872, l'un des orateurs, M. Chassaignac, par des raisons purement théoriques, a déclaré impossible le succès de l'opération de l'empyème chez tout individu ayant dépassé 40 ans. Je ne veux pas allonger ce travail par la discussion de ces raisons, mais je cite des faits qui valent mieux que des discussions.

BIBLIOTHÈQUE

HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DES DOCTRINES MÉDICALES, par E. BOUCHUT.

Deux volumes in-8°. Germer-Baillière, éditeur.

DEUXIÈME ARTICLE. — (Voir le numéro du 6 décembre 1873.)

Le premier volume de l'*Histoire des doctrines médicales* se ferme sur une étude sérieuse et une appréciation sévère de l'empirisme. L'empirisme antique devait fatalement périr, vu l'immobilité de sa doctrine. La renaissance la réveilla cependant, et, lui mettant à la main l'expérience et le raisonnement inductif, il la fit entrer dans une voie féconde qui l'a conduite jusqu'à nous. Ce mouvement que Luther portait dans l'ordre religieux, Copernic et Galilée le suivaient dans l'astronomie; Paracelse dans la chimie; Vésale dans l'anatomie. Aussi Bacon, qui a donné son nom à cette évolution scientifique, n'en a pour ainsi dire apporté que la formule, en l'appelant méthode d'induction.

Après ce large aperçu sur les origines et les transformations de l'empirisme, il est facile à notre auteur d'apprécier Talbot, Werlhof, Lieutaud, le penseur Zimmermann et le positiviste

A. Comte. Suit une savante exposition des faits les plus saillants de l'empirisme nosographique et de l'empirisme thérapeutique.

Le second volume s'ouvre sur l'humorisme; encore un de ces grands systèmes qui ont traversé les âges en revêtant aux diverses époques des formes diverses, selon l'influence du temps, des mœurs, de la philosophie surtout.

L'humorisme éclectique d'Hippocrate, qui n'en faisait pas sa doctrine, est systématisé par l'école d'Alexandrie, dans laquelle Erasistrate le réduit au jeu d'une seule humeur. Galien le reprend pour le ramener à son esprit primitif et le laisse aux Arabes qui, après lui, en exagèrent toutes les principales erreurs. Au moyen âge, c'est Fernel et Baillou qui le restaurent et le fécondent par une large observation clinique. La chimiâtrie s'en empare et lui impose d'abord toutes les aberrations de l'alchimie, pour l'amener ensuite avec Stahl, Hoffmann, de Haen et Stoll, aux théories que la pyrétologie surtout a provoquées de la part d'un grand nombre d'entre eux.

Avec Lavoisier commence, pour l'humorisme, l'ère moderne, dans laquelle les notions précises de la chimie expérimentale déterminent tout à la fois la qualité et la mesure des altérations des liquides et l'importance qui leur convient. C'est dire qu'il ne doit être que partie constituante dans la méthode de synthèse générale des maladies; aussi le rencontre-t-on plus ou moins mêlé à la plupart des autres systèmes de nosologie. A propos des évolutions de l'humorisme, M. Bouchut montre judicieusement que si les détracteurs du passé ont beau jeu à opposer l'humorisme chimique actuel aux fantaisies humoristes anciennes, il leur sied cependant d'y mettre une certaine réserve, en songeant à ce qui les attend eux-mêmes; il nous suffit, pour cela, de voir que l'humorisme dans lequel nous avons été élevés n'est déjà plus celui qui règne aujourd'hui, et que nous ignorons ce qu'il sera demain; car la lumière est encore loin d'être complète sur les altérations chimiques de nos humeurs.

Après un chapitre consacré au solidisme, sur lequel je passe, vient l'histoire si intéressante du méthodisme; ses origines et ses transformations, moins multipliées peut-être que pour l'humorisme, sont cependant pleines d'intérêt. Asclépiades et Themison ouvrent la voie; Cœlius Aurelianus est le principal représentant du méthodisme ancien, et, pour le méthodisme moderne, nous avons les noms de Prosper Alpin, Hoffmann, Cullen, Brown, Rasori, Tommasini, Giacomini et Broussais.

Le méthodisme est une doctrine dans laquelle on ne tient compte que d'une seule propriété générale des solides vivants, dont la force et la mollesse sont toute la maladie. C'est, en effet, la théorie du trop et du trop peu, et les altérations qualitatives ne sont rien en dehors de celle-ci. Quel que soit l'élément mis en cause, le méthodisme ne tient compte que des questions de mesure. Né des théories philosophiques d'Asclépiades, le méthodisme ancien ne changea jamais beaucoup de voie; le méthodisme moderne, au contraire, repose sur le spasme et l'atonie avec F. Hoffmann et Cullen, sur l'état sthénique ou asthénique avec Brown, sur le contro-stimulisme avec les Italiens, sur l'irritation avec Broussais. Je relève dans ce chapitre le conseil suivant, qui est bien d'un observateur et d'un critique : Admettre la doctrine de Broussais, moins sa thérapeutique; prendre beaucoup à la thérapeutique de Brown, sans accepter sa nosologie.

Je ne puis ne pas m'arrêter encore à cette largeur de vues qui nous montre le méthodisme lié à certaines circonstances politiques de la vie des peuples. Il se produit, à la fin de la République romaine, en pleine décadence de la civilisation et du mouvement scientifique et religieux; il renaît à la suite de la Révolution française, dans la nuit qui lui succède, au milieu des perturbations qu'entraînent l'ignorance et l'incrédulité.

L'école iatro-mécanique ou iatro-mathématique, comme son nom l'indique, a cru pouvoir expliquer par la statique et l'hydraulique les fonctions de l'économie vivante; non pas, ajoute l'auteur, qu'elle se soit refusée à croire à tout autre principe d'action. Il faut bien l'avouer, cependant, c'était là sa tendance.

Ce fut au XVIIe siècle qu'elle se sépara de l'iatro-chimie et fit une doctrine à part. On en distingue même deux branches, l'une entée sur le cartésianisme, l'autre appuyée sur Newton.

Sanctorius, dont il faut relire les sages prescriptions hygiéniques sur le régime, précéda, dans cette voie, Borelli, Bellini et Baglivi en Italie. En Angleterre, il y eut Pitcairn, Mead et beaucoup d'autres; en Hollande, le grand Boerhaave qui avait pressenti les faits de thrombose et d'embolie; en Allemagne, quelques autres encore. En France, la doctrine compta peu de grands noms; on y comprit peut-être mieux qu'ailleurs que l'homme est une machine dont les éléments matériels relèvent, pour une part du moins, de l'hydraulique, de la mécanique et de la statique; on y oublia moins qu'il est à côté de cela, et au-dessus, des propriétés organiques et vitales, et que c'est faire œuvre étroite et fausse que de méconnaître les unes au profit des autres.

L'anatomisme est le système qui occupe le plus de place dans le travail historique qui nous

occupe ; c'est celui qui fait reposer toute la médecine sur l'anatomie. Ce fut là tentation de toutes les époques où l'anatomie fut en honneur, d'en multiplier les conséquences et d'en exagérer la portée.

L'anatomisme est aussi vieux que la médecine, si l'on tient compte de sa méthode, de son objet et de ses services ; il en fait partie intégrante. Mais ses exagérations et ses erreurs ont eu leurs époques. La première remonte à la fondation de l'École d'Alexandrie ; Hérophile et Érasistrate la représentent alors. Galien lui fut propice et ses successeurs la négligèrent beaucoup après lui.

A la Renaissance, Vésale lui donne une impulsion considérable, bien qu'il ne soit pas le seul à la restaurer, et que d'autres y aient déjà travaillé avant lui ; et depuis, le mouvement s'est étendu à tout le monde scientifique et ne s'est presque plus arrêté. Il faut en lire l'énumération ; on y retrouve les noms d'auteurs que nous avons accoutumé de donner à beaucoup d'organes dont ils sont les parrains.

Suit l'histoire des grandes découvertes que l'anatomisme a produites. Car autant il est fécond lorsqu'on le cultive dans la mesure qui lui convient, autant il est vide et stérile quand on le laisse déborder sur le champ de la science tout entier.

C'est la découverte de la circulation du sang, la transfusion, la ligature des vaisseaux, l'autoplastie ; la découverte des lymphatiques, des glandes, des ovules et des spermatozoaires. C'est enfin, au XIXe siècle, l'œuvre immortelle de Bichat, la création de l'anatomie générale, puis celle de l'anatomie chirurgicale et de l'anatomie pathologique, enfin celle de l'histologie normale et morbide.

La pathologie cellulaire, née de ces études, enfante le cellularisme de Virchow, abstraction qui, pour être plus élémentaire que beaucoup d'autres, n'en est que plus imparfaite et insuffisante à baser un système. Pour que la cellule fût bien l'unité anatomique, ne faudrait-il pas qu'elle dominât à elle seule, dans les produits morbides par exemple, et la vascularité, et les granulations, et la matière amorphe, et, au delà du produit, la diathèse elle-même ? Nous savons trop qu'il n'en est rien. Aussi pas n'est besoin de chicaner les partisans de ce système, en leur reprochant de faire des cellules sans paroi et une théorie cellulaire sans cellules, il suffit de constater que cette théorie ne pourrait reposer que sur la spécificité des cellules, et que cette spécifité n'existe pas.

Le parasitisme et le transformisme sont aussi le sujet de chapitres intéressants et à travers lesquels je voudrais suivre l'auteur de plus près ; mais je dois m'arrêter de préférence au long chapitre de la physiologie. Un court résumé de son histoire est ici présenté ; les noms de Haller et Lavoisier dominent cet historique, qui s'étend jusqu'aux contemporains et aux appareils enregistreurs par lesquels brille notre arsenal physiologique actuel.

La chirurgie et l'organoscopie devaient avoir aussi leur large part dans les applications qui devaient découler de ce mouvement scientifique ; l'histoire ne l'a pas méconnue, M. Bouchut a tiré lui-même trop bon parti de l'organoscopie pour oublier d'en noter tous les avantages.

En douze propositions nettement et aphoristiquement formulées, nous trouvons, en résumé, toutes les raisons pour lesquelles l'anatomisme, qui est un excellent moyen d'étude, ne saurait être une doctrine satisfaisante.

Le livre se termine par le chapitre de l'électisme, chapitre court et sévère, où cette doctrine, qui consiste à n'en point avoir, est appréciée comme suspecte dans ses origines et stérile dans ses effets. C'est la doctrine des époques de dissolution, et l'on peut se demander quelle part n'a pas eu l'enseignement de M. Cousin à sa réapparition parmi nous, sous les auspices de M. J. Guérin, du professeur Andral, etc.

Dans l'antiquité, un grand nom la représente, c'est celui de Celse, dont l'œuvre est fort étudiée par M. Bouchut.

Des conclusions générales terminent ce travail considérable et dont je n'ai pu donner qu'une idée très-imparfaite ; c'est l'histoire de vingt siècles de science et d'une science doublée de pratique, c'est-à-dire d'un art, et, par conséquent, bordée d'une double rangée d'écueils, semée d'une multitude d'exagérations et d'erreurs. M. Bouchut s'est montré sévère pour les unes et pour les autres ; je ne crois pas qu'on puisse, avec raison, l'accuser de partialité. La doctrine qu'il nous donne d'ailleurs comme la sienne, n'a pas des lignes tellement tranchées qu'elle se heurte à beaucoup d'autres ; et comme il le remarque avec justesse, il faut, en pareille matière, se défier des analogies et des inductions qui nous portent à condamner certaines écoles, à cause non des doctrines qu'elles professent et des procédés qu'elles emploient, mais à cause surtout des conséquences philosophiques que ces doctrines et ces procédés impliquent dans la sphère des principes.

Il est vrai que cette tolérance est plus platonique que réalisée. Une teinte chagrine perce souvent qui se nuance jusqu'à noircir quelque peu les points de vue de l'auteur. Il y a, notamment, une idée qui revient souvent dans ce livre, relativement aux obstacles que rencontrent

les savants de la part des autorités scientifiques, sociales, politiques et religieuses, et contre lesquels un sentiment de révolte le pousse à protester.

Les savants sont certainement dans leur rôle quand ils parlent ainsi, et ils auraient pleinement raison, s'il n'y avait au monde que la vérité et un seul but à l'existence, la recherche de cette vérité. Il est bon d'y penser; il y en a d'autres encore que je n'ai pas besoin de rappeler et qui réclament leur part dans la libre expansion des facultés de l'homme. La liberté pour la science, certainement; mais toute liberté a sa mesure dans la gêne que son exercice peut apporter à l'exercice des autres; les savants les premiers ne peuvent pas l'oublier.

Quoi qu'on fasse, et quelque liberté qu'on obtienne, le progrès, c'est la lutte. Il faut moins se préoccuper des obstacles et du succès, et advienne que pourra, il faut lutter par le travail; les hommes passent, le progrès reste. C'est ainsi qu'on peut produire de ces œuvres qui fixent une époque en récapitulant les acquêts du passé, et préparent à l'avenir de nouveaux élans. Cet ouvrage en est la preuve.

A. FERRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 décembre 1873. — Présidence de M. DE QUATREFAGES.

La plus grande partie de la séance s'est passée à des hauteurs, on peut le dire, inaccessibles, tant au propre qu'au figuré. Il s'agissait, au propre, de la constitution chimique, non de notre soleil seulement, mais de soleils bien autrement lointains, et brillants et jeunes, de Sirius par exemple et des étoiles bleues. Au figuré, les hauteurs où s'est élevée la discussion, se perdent dans les nuages des hypothèses : Les corps simples de la chimie actuelle sont-ils, en réalité, des éléments, ou sont-ils formés eux-mêmes d'éléments que nous n'avons pu, jusqu'à présent, dissocier? A cette question, l'analyse spectrale semble avoir répondu que nos corps simples sont, en effet, des éléments, puisqu'ils existent dans le soleil. Si le magnésium, le potassium, le sodium, le fer, le cuivre, le calcium, etc., résistent depuis tant de siècles à l'énorme température du soleil, n'y a-t-il pas lieu de penser qu'ils sont absolument irréductibles?

Eh bien, l'auteur de la communication qui a donné lieu à ce magnifique débat, M. Lockier, n'est pas convaincu. La température du soleil lui paraît trop faible pour fondre tous ses doutes, et il n'est pas éloigné de penser que dans les astres vraiment chauds, comme Sirius, les choses se passent différemment. Là, l'hydrogène lui-même n'existe plus, et ce corps qui, dans les imaginations les plus hardies, serait, à des degrés divers de concentration, l'élément même des corps que nous considérons comme simples, l'hydrogène, décomposé à son tour, aurait rendu la liberté à ses propres éléments. Les éléments de l'hydrogène! c'est formidable.

Revenons à la séance. Le point de départ de cette fugue à travers les espaces, a été une lettre de M. Lockier, présentée et analysée par M. Dumas avec une sorte de solennité. M. Lockier cherchait un procédé plus expéditif que ceux employés jusqu'à présent pour comparer les lignes données par le spectre. Avec beaucoup d'attention, on parvenait à en déterminer 60 par jour. En recevant simultanément l'image spectrale du soleil et celle d'une flamme artificielle, dans laquelle on a projeté le métal dont on cherche la raie, on parvient facilement à en comparer 3,000 dans le même temps. Le progrès est considérable. C'est en remarquant, d'une part, que les métaux contenus dans le soleil sont précisément les métaux qui donnent des oxydes irréductibles par la chaleur, des oxydes stables, et, d'autre part, que les raies du spectre sont tantôt des lignes très-étroites, tantôt, au contraire, des lignes larges, des colonnes ou des barres, suivant la nature du corps observé, que M. Lockier a été amené à supposer des différences essentielles dans l'état des substances en combustion astrale.

MM. Berthelot et Wurtz ont présenté des objections aux hypothèses de M. Lockier. M. Janssen, sans élever la moindre réclamation de priorité, a fait remarquer que depuis longtemps il avait commencé des recherches sur la constitution physique des astres, sur leur température et sur leur âge relatif, indiqué par la vapeur d'eau qu'ils pouvaient contenir. Les étoiles bleues sont celles dont la température est le plus élevée; viennent ensuite les étoiles blanches, puis les jaunes, comme le soleil, et enfin les rouges. Ces dernières contiennent de la vapeur d'eau et, par conséquent, ne donnent plus la raie de l'hydrogène, leur température basse ayant permis à l'hydrogène de se combiner à l'oxygène pour former de l'eau.

Dans une réplique très-courte, M. Dumas a dit que s'il n'avait point parlé des beaux travaux de M. Janssen, c'était pour n'avoir pas à déplorer que des recherches si importantes eussent été forcément interrompues, faute de ressources suffisantes.

Un instant on a pu craindre que cette réflexion de M. Dumas n'amenât une nouvelle dis-

cussion de nature personnelle, car en voyant M. Le Verrier demander la parole, M. le secrétaire perpétuel s'était hâté d'ajouter : « Cela ne s'adresse pas à M. Le Verrier. » Mais M. Le Verrier s'est associé, au contraire, aux regrets de M. Dumas, relativement aux obstacles que rencontre M. Janssen. Il voulait simplement faire observer que la supputation des âges des astres lui semblait tout à fait vaine, parce que si la différence des âges pouvait être sensible pour nous, il est plus que probable que tout serait éteint depuis longtemps, et qu'il n'y aurait plus d'étoiles.

M. Trécul, à propos de la dernière communication de M. Pasteur sur la bière, a entrepris de relever toutes les variations d'opinions de son collègue, relativement à la nature du *mycoderma vini* et de la levûre. Il continuera son énumération dans une séance prochaine, et nous en dirons un mot, si cela peut se dire en un mot.

JOURNAL DES JOURNAUX

Cerebro-spinal fever (Méningite cérébro-spinale) avec les faits et la statistique de la récente épidémie de New-York, par le docteur Lewis Smith, médecin de l'hôpital des Enfants, etc. — Histoire clinique de cette épidémie, qui régna en 1872 et fit un très-grand nombre de victimes, surtout sur les enfants. C'est là son cachet distinctif. Sur 975 victimes, 665 étaient au-dessous de 10 ans, c'est-à-dire les trois quarts ; 106 avaient de 10 à 15 ans. S'il en a été de même dans d'autres épidémies, comme l'auteur le montre, elles n'ont pas toujours affecté ce type infantile, notamment celles qui ont frappé nos armées en Afrique, de même qu'en d'autres pays chauds.

Et pourtant c'était bien la même affection, reconnaissable à ses complications ordinaires de pneumonie asthénique et de pharyngite. Tandis que la maladie principale se manifestait très-rarement sur des personnes au-dessus de 50 ans, tout le monde était frappé uniformément de ces complications. Il y eut ainsi, en mai et juin, alors que l'épidémie était à son summum, 1,707 décès de maladies des voies respiratoires, à l'exclusion de la phthisie, et seulement 1,336 pendant les huit autres mois de l'année.

Tels sont les traits distinctifs de cette épidémie, que l'historien compare avec les précédentes, ce qui forme une monographie intéressante, utile à consulter. (*Amer. journ. of med. sc.*, octobre.) — P. G.

FORMULAIRE

Pommade contre le prurigo. — Girou de Buzareingues.

Goudron de Norvége.	15	grammes.
Laudanum de Rousseau.	2	—
Axonge	60	—

Mêlez pour une pommade, qu'on emploiera en frictions matin et soir contre le prurigo. Après quelques applications, les démangeaisons cessent, et la guérison ne tarde pas à s'établir. — N. G.

Une nouvelle mine de bismuth. — M. Carnot signale l'existence, dans la Corrèze, d'un gisement de bismuth aujourd'hui exploité, mais sur l'avenir duquel on ne peut se prononcer.

L'auteur qui a découvert ce gisement, y a trouvé le bismuth à l'état natif, ainsi qu'à l'état d'oxyde et de sulfure. Le minerai le plus abondant est l'oxyde, qui renferme près de 70 p. 100 de bismuth. Le procédé d'extraction consiste à épuiser méthodiquement le minerai par l'acide chlorhydrique et à précipiter le métal de la solution par des barres de fer. Le bismuth, déjà assez pur, doit subir le traitement ordinaire pour être débarrassé d'un peu de plomb et d'arsenic. Le gisement renferme, en outre, du molybdate de plomb, du tungstate de chaux et du mispikel.

Ce gisement de bismuth signalé par M. Carnot est le premier exploitable en France. Dans un voyage au printemps dernier, M. Darvault l'a visité en compagnie de M. Carnot, auquel est dû l'ingénieux procédé d'extraction du métal.

Dès la découverte de ce minerai, M. Veni, conducteur des ponts et chaussées, en a fait parvenir un échantillon au directeur de l'usine de la Pharmacie centrale de France à Saint-Denis, M. Valenciennes qui, le premier, y a reconnu l'existence du bismuth.

(*Journal médical de Vals.*)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Note

qui devait être présentée à M. Duruy, alors ministre de l'instruction publique,

SUR L'UTILITÉ DE LA CRÉATION D'UNE SECTION DE PHILOSOPHIE, D'HISTOIRE ET DE LITTÉRATURE MÉDICALES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 9 décembre.)

Les fondateurs de l'Académie ont eu certainement l'intention et la pensée qu'elle représentât l'encyclopédie vivante de la science médicale. Cependant ils oublièrent que la science a sa philosophie, son histoire, sa littérature, et ils n'assignèrent pas dans leur cadre une place aux représentants de ces études.

Le moment vous paraîtra venu, Monsieur le ministre, de combler cette lacune, qui ne fut qu'un injuste oubli. Le ministre qui, aux acclamations générales, a rétabli la classe de philosophie, l'éminent auteur de tant d'ouvrages historiques, a-t-il besoin d'être édifié sur les graves inconvénients de laisser sans enseignement, sans culture, sans encouragement ni récompense, les études d'histoire et de philosophie, dans une science aussi ancienne et d'une littérature aussi riche que la science médicale?

J'indique donc à peine quelques motifs qui se développeront spontanément dans votre esprit élevé.

Le rôle des corps savants a changé de nature; ce n'est plus, comme à leur origine, l'initiative, la découverte et l'invention qu'on leur demande, mais l'examen, l'appréciation, la critique. Aujourd'hui, c'est le travail libre, spontané et solitaire qui féconde les sciences, les lettres, les arts et l'industrie. Aux Académies est donnée la mission de reconnaître et de proclamer si l'invention est réelle; si elle est applicable, de diriger l'initiative, de signaler les écueils où elle peut se briser, les courants qui peuvent l'entraîner; de donner la filiation d'une découverte; d'en rechercher le principe dans les efforts antérieurs; d'en préjuger les conséquences, et d'indiquer les moyens de la rendre fructueuse et complète.

Or, qui pourrait ne pas reconnaître que ce rôle imposant et fécond dévolu aux Académies, que la critique, dans son acception la plus large et la plus élevée, exige une connaissance parfaite de la philosophie, de l'histoire et de la littérature, à quelque science qu'elle s'applique et sur laquelle elle s'exerce?

La médecine est une science, et si la philosophie d'une science est, comme l'a

FEUILLETON

DES CAUSES DE L'ENCOMBREMENT TOUJOURS CROISSANT DES ASILES D'ALIÉNÉS, ET DES REMÈDES A Y APPORTER, par le docteur Fr. Lentz, médecin-directeur de l'asile de Froidmont (Belgique), mémoire couronné par la Société de médecine de Gand;

Avec quelques Remarques sur la Vie de famille

Par A. Brierre de Boismont.

Très-honoré confrère,

Avant de rendre compte de votre travail, permettez-moi de vous remercier, dans toute l'émotion de mon cœur, de l'éloge que vous avez fait du traitement de la vie de famille, et en réalité de la digne compagne qui l'a conçu et exécuté. Pendant trente-quatre ans, les médecins français et étrangers, les magistrats, qui ont été en rapport avec elle, ont pu apprécier les résultats de sa conduite, et le rédacteur en chef de l'Union Médicale lui a fait une part équitable, en disant que, par son dévouement et son intelligence, elle n'avait pas peu contribué à ma position. Aujourd'hui que ma chère femme n'est plus, mon devoir est de lui rendre toute la justice qu'elle mérite. C'est sous ses yeux que j'ai écrit la vie de famille; elle seule pouvait m'en fournir les matériaux. Après l'avoir vue, durant les dix années de séjour dans notre premier établissement, recevoir dans sa chambre, faute d'un emplacement suffisant, les sept ou huit malades qu'elle pouvait y admettre, les conserver la journée entière, j'ai compris qu'il m'eût été difficile de m'acquitter convenablement d'une semblable tâche, et

dit Aristote, la recherche des principes, la médecine a une philosophie, car elle a des principes. Sans doute ces principes ne sont pas univoques, et la médecine ne fait pas exception à la diversité doctrinale qui règne partout. Le mot philosophie, que représente-t-il, même aujourd'hui, si ce n'est ce qu'il a de tout temps représenté, c'est-à-dire le vaste ensemble des doctrines diverses qui se partagent les esprits sur Dieu, sur la nature de l'être pensant, sur la matière, son activité ou son inertie, et sur tous les grands problèmes qui ne cessent d'agiter et d'inquiéter l'esprit humain sur sa destinée future? De science, il n'en est même pas qui ait plus d'afférence avec la philosophie que la médecine, et l'un des plus grands philosophes de tous les temps, Descartes, a éloquemment reconnu son influence sur les destinées de la perfectibilité humaine.

On peut même assurer que les grands systèmes philosophiques qui divisent les esprits, le sensualisme, l'animisme, le vitalisme et le panthéisme, ont tous la prétention de se rattacher à l'une des branches les plus importantes de la médecine, à la physiologie; et de fait, malgré l'opposition de quelques métaphysiciens purs dont le spiritualisme, très-mal à propos, s'alarme de l'immixtion de la physiologie dans la psychologie, tous les bons esprits s'accordent à penser que la science de l'entendement humain s'éclaire très-efficacement des découvertes de la physiologie dans les fonctions du système nerveux et des progrès de la pathologie dans l'observation des maladies mentales.

Une Académie de médecine qui ne représente pas cet élément de la science médicale peut-elle se considérer comme complète? Veuillez remarquer, Monsieur le ministre, que je ne dis pas que l'Académie de médecine ne renferme pas des médecins philosophes, ou du moins des médecins auxquels la science philosophique soit étrangère; telle n'est pas ma pensée, qui serait injuste et erronée. Ce que je veux dire, c'est que ces médecins ne font pas partie de l'Académie à ce titre; c'est qu'à ce titre seul ils ne seraient jamais entrés à l'Académie; c'est qu'en dehors de l'Académie il est un assez grand nombre de personnes vouées par goût aux études et aux recherches de la philosophie, et qui, malgré leur notoriété considérable, ne peuvent y entrer, parce qu'il n'y existe pas une section dans laquelle leur aptitude fût aussi à l'aise que dans celle-là, dans laquelle ils pussent rendre autant de services que dans celle-là, et dans des occasions plus fréquentes qu'on ne serait tenté de le croire à première vue.

Que si l'on faisait une objection de la diversité des doctrines médicales, nous

---

surtout d'entendre sans cesse les plaintes, les gémissements, les répétitions, les expressions de la douleur, les accents du désespoir, les mots piquants et désobligeants.

Aussi rien ne pouvait me toucher davantage que le jugement d'un savant étranger, déclarant que la femme a le meilleur rôle dans l'application de la vie de famille, parce qu'elle seule peut se plier à cette sorte d'esclavage, et la personnifiant ensuite d'une manière ingénieuse, sous le nom du mari, comme la première qui eût mis ce traitement en pratique. Il m'eût été impossible de garder le silence sur ce sujet, que tous ceux qui me connaissent savent être l'exacte vérité.

Je puis maintenant examiner l'œuvre de M. le docteur Lentz.

La question posée par notre confrère belge, de l'encombrement des asiles et des moyens d'y remédier, est la préoccupation actuelle des médecins et des administrateurs. Les adversaires des asiles, des aliénistes et de la folie, qui ont sur ces matières les notions pratiques des hommes des nouvelles couches sociales, ont hautement proclamé que l'encombrement des asiles tenait à la fabrication des fous par les séquestrations arbitraires, dues aux clauses terribles de la loi de 1838. Il leur eût suffi, cependant, de jeter un coup d'œil sur les statistiques administratives, pour s'apercevoir que ce n'est pas de la promulgation de cette loi, en 1840, que date l'augmentation graduelle du nombre des aliénés.

En France, les admissions étaient,	en 1835,	de 3,947	aliénés.
— —	en 1840,	de 5,433	—
— —	en 1845,	de 7,518	—
Pour la Belgique, il y avait	en 1841,	2,774	aliénés.
— —	en 1853,	4,054	—
— —	en 1865,	5,431	—

serions autorisé à répondre que cette diversité n'est pas plus extraordinaire en philosophie médicale qu'en toute autre philosophie, qu'en philosophie même proprement dite, et qu'elle n'a pas empêché la création, dans le sein de l'Institut, d'une classe spécialement affectée à la philosophie sous le nom d'Académie des sciences morales. Certes, les philosophes éminents et les écrivains distingués que cette classe a comptés et compte encore dans son sein, ont été et sont loin de professer les mêmes doctrines; cette Académie tient, au contraire, à honneur d'y recevoir des représentants de toutes les philosophies, et les dissidences qui les séparent ne seraient pas plus accentuées à l'Académie de médecine qu'à l'Institut. Le libéralisme académique comporte et rend même nécessaires ces divergences. Elles deviennent la cause de discussions intéressantes et utiles, et ces discussions, en donnant à la pensée son libre essor, habituent l'esprit à oser s'affranchir, quand il le faut, du matérialisme des faits, et à compter la raison pour quelque chose.

Certainement, Monsieur le ministre, la médecine est une science d'observation et d'expérimentation. Mais à quoi aboutiraient ces deux éléments précieux de toute connaissance positive si, abandonnés à eux-mêmes, ils n'étaient fécondés par une bonne méthode d'interprétation, ramenés à des principes, élevés, quand c'est possible, à la hauteur de lois? Là est l'œuvre de la philosophie médicale qui ne veut pas condamner la médecine au labeur éternel d'entasser des faits sur des faits, d'accumuler expériences sur expériences sans en tirer une induction, sans chercher à leur donner une coordination philosophique. Pendant des milliers d'années on a observé le cours des astres; comme observation pure et directe, les pasteurs de la Chaldée en savaient peut-être autant que nous sur les phénomènes astronomiques accessibles à la vue de l'homme; mais quel abîme entre cette observation pure et les lois de Keppler et la sublime hypothèse de Newton! Les sages de la Grèce savaient qu'un morceau d'ambre frotté attirait les corps légers; est-ce la pure observation qui, de ce simple fait, a tiré toutes les inductions de Coullomb, d'Œrstedt, d'Ampère, de Faraday, de de Larive, etc., de ces inductions qui ont fait de la science de l'électricité la première des sciences, celle qui les domine toutes et qui a abouti au télégraphe électrique?

Croire que l'induction philosophique conduise jamais la science médicale dans des voies aussi fécondes, ce serait peut-être se livrer à de chimériques espérances. La médecine n'est qu'une branche d'une science plus vaste, la biologie, c'est-à-dire l'étude des corps vivants, et le grand problème de la vie et de sa nature intime se

---

Ainsi, en France, dans la période de cinq ans qui a précédé la mise en vigueur de la loi, le chiffre des admissions annuelles a augmenté de 1,456. Pendant la période de cinq ans qui a suivi la promulgation de la loi, le chiffre des admissions s'est accru de 2,075; la différence n'a rien d'excessif.

Il en est à peu près de même en Belgique. De 1841 à 1853, c'est-à-dire en treize ans, la population des asiles a augmenté de 1,280 aliénés, tandis que de 1853 à 1865, c'est-à-dire pendant les années qui ont suivi l'exécution de la loi sur les aliénés, cette augmentation a été de 1,377. La part d'influence de la législation elle-même est donc loin d'être disproportionnée.

On a encore prétendu qu'un seul certificat n'offrait pas de garantie, ouvrait, au contraire, une porte trop facile aux admissions et favorisait l'encombrement. La seule réponse à faire est que, lorsqu'il n'y avait aucune mesure prise, le nombre des aliénés était loin d'égaler celui d'aujourd'hui.

Un fait, d'ailleurs, hors de doute, c'est que la réforme apportée par ces lois dans le régime matériel et moral des aliénés, ainsi que le contrôle de l'autorité, en inspirant la confiance aux familles, ont eu pour résultat de déterminer une affluence plus grande vers les asiles.

Mais si les dispositions de ces diverses lois favorisent les entrées, M. le conseiller Bertrand, dans une séance de la Société de législation comparée, à laquelle nous assistions, comme membre, tout en reconnaissant leur parfaite légalité, s'est accordé avec M. le docteur Lentz pour déclarer que les mêmes précautions n'ont pas eu lieu pour les sorties. Sauf les cas de guérison, aucun article, dit le médecin belge, ne contient de prescriptions réglant cette matière délicate.

Avant de discuter le fait de l'absence de mesures propres à faciliter les sorties et d'en véri-

dresse éternellement inaccessible sur le seuil de cette science. De là peut-être la nécessité de séparer philosophiquement et méthodologiquement la médecine des sciences s'appliquant à la connaissance des corps bruts et inorganiques. Je dis peut-être, parce que, dans cette note, je n'ai ni l'ambition d'arborer un drapeau, ni la prétention de résoudre une des questions les plus ardues de la philosophie médicale actuelle. Ce que je veux inférer seulement de ces considérations, c'est que ce serait là précisément le rôle d'une section de philosophie à l'Académie de médecine, d'agiter et de chercher à résoudre ces questions de principes, d'indiquer les voies à suivre, les méthodes à employer ; à passer au crible les idées, les inventions et les expériences nouvelles.

Si vous vouliez bien prendre en considération ces humbles réflexions, Monsieur le ministre, dans une deuxième note — et si vous vouliez bien m'y encourager — je pourrais avoir l'honneur de vous indiquer les voies et moyens qu'il me semblerait convenable d'employer pour opérer, dans l'organisation de l'Académie de médecine, sans trop de perturbation, et surtout sans nuisance pour personne, des modifications qui paraissent d'une urgente utilité.

J'ai l'honneur d'être avec respect, etc. Amédée LATOUR.

OPHTHALMOLOGIE

DE LA RÉTINITE ET DE LA RÉTINO-CHOROIDITE ALBUMINURIQUES; LEUR TRAITEMENT;

Note lue à la Société médicale d'émulation de Paris, dans la séance du 6 janvier 1872,

Par le docteur X. GALEZOWSKI.

Messieurs,

Permettez-moi de vous entretenir aujourd'hui d'une question pleine d'intérêt. Je veux parler des affections albuminuriques de l'œil et de leur traitement.

Malgré de nombreux travaux qui ont été publiés sur ce sujet, en France et à l'étranger, il reste encore beaucoup de points à éclaircir. Mais ces questions sont tellement complexes, elles touchent de si près à la pathologie générale, que votre concours, Messieurs, sera certainement de la plus haute importance.

Je ne veux pas entrer dans des détails et des récits superflus des symptômes de la rétinite albuminurique, qui vous sont parfaitement connus. Il me suffira de dire qu'elle est caractérisée, selon moi, par six symptômes : 1° apoplexies rétiniennes,

---

fier l'exactitude, il faut d'abord passer en revue plusieurs causes importantes qui leur créent de véritables obstacles, puis examiner les dispositions prises pour remédier à la surcharge des asiles et donner la liberté, ou du moins plus de liberté, aux aliénés incurables, mais paisibles, but que s'est surtout proposé M. le docteur Lentz.

Une première difficulté, qui se présente pour les sorties, provient du petit nombre des guérisons. En France, elles ne dépassent pas 30 p. 100 ; en y joignant les décès, qui sont environ de 8 p. 100, il resterait 62 incurables, dont la plupart sont destinés à finir leurs jours dans les asiles. L'incurabilité, grandement aidée par les retards des familles à faire soigner leurs malades, a donc une part presque exclusive dans l'encombrement, ce qui devra, un jour ou l'autre, appeler l'attention de l'autorité. Les tables statistiques de M. Legoyt constatent, en effet, que plus de la moitié des aliénés admis avaient au moins deux ans de maladie. A l'hospice Guislain, à Gand, sur 1,094 aliénés traités pendant dix ans, 475 seulement étaient malades depuis moins de six mois. Les relevés des asiles, dans les divers pays, signalent également l'extrême prédominance des incurables dans les entrées.

Une cause puissante de l'accroissement en France est le placement d'office des aliénés dans les asiles pour cause de sûreté publique. Leur chiffre s'élève à 80 p. 100 dans les départements. Il importe de faire observer qu'avec la dénomination d'êtres dangereux, placés d'office sous le couvert de l'autorité, les communes se débarrassent d'un nombre considérable d'aliénés qui sont à leur charge. Depuis quelques années, beaucoup d'imbéciles, d'idiots, d'épileptiques, à cause de leur irresponsabilité, viennent prendre dans les asiles la place qu'ils occupaient dans les prisons et qu'ils occupent encore dans les dépôts de mendicité. Cette mesure d'humanité et de justice a aussi concouru à l'encombrement.

Parchappe, ayant remarqué que les admissions l'emportaient chaque année sur les extinc-

le plus souvent à forme allongée; 2° plaques blanches arrondies, plus ou moins nombreuses, occupant le segment postérieur de cette même membrane; 3° infiltration séreuse de la papille; 4° existence simultanée de l'affection dans les deux yeux; 5° développement lent de l'affection; 6° l'affaiblissement de la vue n'est pas en proportion de l'altération de la rétine. C'est par l'ensemble de ces symptômes que l'on reconnaît la maladie, qui est ensuite vérifiée par l'examen des urines.

Mais quelle est la nature d'altération qu'a subie la rétine? quels sont sa marche et son traitement? Telles sont les questions qui se présentent à notre attention et demandent une solution.

Il ne peut pas aujourd'hui avoir de doute que la rétine subit deux sortes de désordres : les uns sont purement inflammatoires, d'autres, au contraire, sont consécutifs à la transformation graisseuse. Par suite de stases veineuses, il se produit en elle une sorte d'infiltration séreuse, qui amène la tuméfaction de la papille et des parties environnantes. Les matières coagulables et le sang épanché s'accumulent par places, et forment des taches blanches plus ou moins épaisses qu'on aperçoit avec l'ophthalmoscope.

Tous ces dépôts plastiques ne sont point des masses graisseuses, comme on l'a cru longtemps; la dégénérescence graisseuse n'arrive que plus tard, à la suite d'une évolution morbide ultérieure; elle occupe plus particulièrement, d'après Müller, la couche granulée externe. Les parois vasculaires subissent une dégénérescence, et le sang ne peut plus s'y maintenir : de là les épanchements sanguins qui souvent, d'après Cornil et moi, n'ont pas dépassé la gaîne lymphatique des vaisseaux, et se présentent à l'ophthalmoscope sous forme de taches rouges allongées.

Ces différentes altérations n'apparaissent pas toujours à la même période de la maladie, elles ne sont même pas constantes dans l'albuminurie. A en juger par la statistique établie par M. Lecorché, sur 286 malades atteints de néphrite albumineuse, 62 eurent les manifestations oculaires. Mes propres recherches démontrent que sur 154 albuminuriques il y a eu 47 fois la rétinite, ce qui fait un tiers des cas. Au nombre de ces derniers, il faut citer des malades dont l'albuminurie était à peine marquée, et d'autres chez lesquels elle était arrivée à un degré extrême. Chez les uns elle a guéri, ainsi que l'affection oculaire, d'autres succombèrent par l'effet d'urémie.

Ce n'est donc pas au degré de développement de l'albuminurie qu'il faut rattacher l'apparition de la rétinite, mais plutôt aux métamorphoses que subit l'organisme

---

tions, a posé en loi que le mouvement croissant des admissions exerce une influence sensible sur l'augmentation de la population. Un autre inspecteur général, M. Lunier, a répondu que la loi de son collègue était un fait temporaire; qu'il avait déjà constaté, dans plusieurs départements, que le chiffre des aliénés secourus restait stationnaire, et que dans d'autres l'augmentation était insignifiante. D'après lui, c'est la rareté des sorties qui lui paraît devoir entrer pour une forte proportion dans l'élévation excessive qu'a subie l'augmentation des asiles d'aliénés. Suivant M. le docteur Delasiauve, successivement attaché, depuis de longues années, aux deux hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, c'est la facilité des placements qui augmente le chiffre des entrées.

Il est incontestable que, malgré les inspections créées dans plusieurs départements en France, pour surveiller la valeur des demandes d'admission, les asiles publics sont encombrés. Sans aucun doute, le petit nombre de guérisons, l'incurabilité, les placements d'office, l'empressement des communes à se débarrasser de leurs aliénés, les besoins impérieux de la vie dans les classes pauvres ou qui n'ont que le strict nécessaire, la certitude que les malades sont bien traités dans les asiles du gouvernement, toutes ces causes, et d'autres encore, expliquent l'encombrement de ces établissements, obligés d'ajouter des annexes, de placer leurs aliénés chez des paysans, comme en Ecosse; de les disséminer au loin en province, comme à Paris, et d'ajourner même l'entrée de ces malheureux.

Ces raisons, données pour expliquer l'encombrement des asiles, sont de la dernière évidence; il faut aussi y joindre les évaluations défectueuses, faites sur le nombre réel des aliénés, et qui ont eu souvent pour résultat de faire créer des édifices splendides, mais insuffisants pour le chiffre des infortunés qui avaient besoin de secours.

De bonne heure les médecins, frappés de cette insuffisance des asiles et désirant accorder

tout entier, et en particulier la composition vicieuse du sang et les parois des vaisseaux.

Le sang est, comme on sait, très-altéré dans l'albuminurie, il devient plus fluide, aqueux et transsude, par conséquent, très-facilement à travers les parois des vaisseaux. De là les infiltrations séreuses qui donnent lieu, à leur tour, à des processus inflammatoires. On voit des malades se plaindre de la vue lorsqu'il n'y a rien d'autre dans leur rétine, si ce n'est une suffusion séreuse, et cet état peut persister longtemps sans qu'il s'ensuive une vraie rétinite.

Nous avons vu un cas analogue dans le service de M. Peter, suppléant du professeur Sée à la Charité pendant les vacances. Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années et qui était atteinte d'une albuminurie très-grave, donnant lieu à une ascite que l'on a dû ponctionner à plusieurs reprises. Les rétines paraissaient un peu opalescentes, mais sans aucune trace de rétinite albuminurique. M. Peter a pu constater la présence d'une certaine quantité d'urée sécrétée par la cavité péritonéale. Peut-être la rétention d'urée dans le sang est la cause de ces infiltrations, et que par ces transsudations le sang cherche à se débarrasser de ce principe.

Dans la deuxième variété, ce n'est pas seulement le sang qui a subi une transformation, mais les parois vasculaires sont désorganisées par un processus athéromateux ou graisseux. Les ruptures vasculaires sont alors très-fréquentes, et le sang lui-même en contenant les éléments morbides et irritants, devient, après une hémorrhagie, une cause nouvelle d'irritation et de dégénérescence.

Il est un fait bien caractéristique et important à constater dans l'albuminurie, c'est que l'altération des parois vasculaires ne s'observe pas isolément dans un seul organe quelconque, dans l'œil par exemple, mais qu'elle se déclare simultanément dans les autres parties du corps. L'affection du cœur accompagne aussi très-souvent l'albuminurie, mais cette affection n'est pas la cause de rétinite albuminurique, comme pensent jusqu'à présent quelques auteurs allemands, elle n'est qu'une des phases morbides analogues à ce qui se passe du côté d'autres organes vasculaires.

C'est ainsi qu'on doit, selon moi, envisager la pathogénie de l'albuminurie en général, et de la rétinite albuminurique en particulier. Il peut arriver que les reins deviennent malades d'une manière accidentelle et par une simple compression des artères et des veines rénales, comme cela se voit dans la grossesse; ou bien que leur fluxion soit provoquée accidentellement par un coup, une blessure, par la suppression des règles. Dans tous ces cas, le sang change de composition, et il peut

---

aux malades plus de liberté, ont proposé des améliorations. Nous ne parlerons ici que de celle qui a réuni en France le plus grand nombre de suffrages, à savoir les fermes-asiles, appelées aussi colonies, et sur laquelle nous avons fait une communication, il y a quelques années, à l'Institut de France. Nous regrettons que M. Lentz n'ait pas visité la colonie de Fitz-James, près Clermont, et la ferme de l'asile de Limoges, créée par l'excellent docteur Fougères, mort victime d'une de ces destitutions révolutionnaires qui ne devraient jamais frapper les savants. Nous ne doutons pas que notre confrère n'eût donné son approbation à ces institutions, qui n'auraient eu pour lui que le tort d'être sous la main d'un seul, mesure qui, d'après nos quatre-vingts ans de révolutions, nous paraît jusqu'à présent la seule praticable.

M. le docteur Lentz n'hésite pas, cependant, à reconnaître que le travail des champs est un véritable progrès, mais il en signale les intermittences, fait observer que son importance n'est pas dans le nombre des travailleurs, mais bien dans le chiffre des journées de présence au travail. La privation de la liberté, pour beaucoup d'aliénés inoffensifs, avec la vie mécanique et disciplinée, est le côté qui lui a gâté la colonie agricole. C'est, fait-il remarquer, avec une liberté appropriée à ces malades que les obstacles aux sorties n'auraient plus de prétextes.

Cette pensée de liberté, qui se reproduit fréquemment dans le travail du docteur Lentz, le conduit à conclure que le système actuel des asiles ne convient pas et qu'il y a mieux à faire. Nous ne sommes aucunement surpris qu'un médecin qui a étudié Gheel, qui est du pays où fleurit cette remarquable fondation, formule nettement l'opinion que c'est dans l'institution des colonies, à l'instar de Gheel, que réside l'avenir de l'assistance des aliénés. Mais le médecin-directeur d'un asile ne pouvait avoir vécu plusieurs années dans un établissement de ce genre, sans en avoir noté les côtés utiles; il veut donc une colonie avec l'asile au milieu,

donner lieu à des exsudations séreuses et des dépôts plastiques, sans que pour cela il y ait une dégénérescence morbide grave dans les organes. Une autre espèce d'albuminurie est accompagnée de désordres dans les parois vasculaires, des altérations du cœur, etc., et elle est incontestablement plus grave et se termine le plus souvent d'une manière fatale.

Envisagée à ce double point de vue, la rétinite albuminurique ne doit pas être considérée toujours comme une affection incurable. Elle est susceptible, au contraire, d'une amélioration et même d'une guérison radicale, ainsi qu'on peut s'en convaincre par les exemples suivants :

OBSERVATIONS. — Mme S..., âgée de 28 ans, entra dans le service de Grisolle, à l'Hôtel-Dieu, le 23 juin 1865, et fut couchée au n° 10 de la salle Saint-Augustin. Elle était atteinte d'une albuminurie des plus graves, suite de grossesse de sept mois. Au moment où je la voyais pour la première fois, elle avait les jambes excessivement enflées, et présentait des rougeurs érysipélateuses sur les cuisses et les parties génitales, les bras et la figure. Depuis quelque temps la vue se troublait. L'examen ophthalmoscopique démontre l'existence de taches exsudatives blanches sur deux rétines, sans trace d'apoplexie. La papille est à peine infiltrée. Le 29 juin, la malade accouche, et, à partir de ce moment, la santé s'améliore promptement ainsi que la vue, les taches exsudatives disparaissent progressivement. Six mois après, je ne trouve plus la moindre trace de la rétinite albuminurique.

Le second fait est celui que j'ai observé dans le service de M. Gueneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu, et qui se trouve décrit par cet éminent confrère dans la *Gazette des hôpitaux* de 1871.

Un troisième fait se rapporte à un malade que j'ai soigné pendant un an avec M. le docteur Peter, et qui a parfaitement guéri.

On voit, par ces faits, que la rétinite albuminurique peut être arrêtée et guérie complétement par un traitement actif dirigé contre la cause probable de la maladie. D'autre part, on observe un fait tout nouveau et qui n'a pas été encore décrit, c'est que la rétinite est suivie d'une choroïdite atrophique disséminée. Le dernier malade, en effet, que nous avons soigné avec le docteur Peter, a été pris, vers la fin de sa maladie, d'une suffusion rétinienne périphérique tellement marquée, qu'on pouvait croire à un décollement général de la rétine. C'était l'épanchement, en effet, sous-rétinien, qui devait se dissiper peu à peu, pour donner lieu à une choroïdite atrophique. C'est au moment où se produisait cette dernière altéra-

---

l'un nécessairement complétant l'autre, et formant ce qu'il a décrit ailleurs sous le nom d'*asile familial*, c'est-à-dire la réunion de la liberté et de la contrainte : la liberté pour le plus grand nombre, la contrainte pour la proportion généralement limitée des insoumis.

Après avoir ainsi exposé, à son point de vue, les inconvénients des asiles actuels et fait connaître les motifs de ses préférences pour la colonie-asile, il trace son plan. Ce n'est point une appropriation secondaire d'un village déjà existant qu'il faut employer, l'essentiel est de fonder une colonie nouvelle, en achetant dans un local, choisi à ce dessein, des terrains pour y édifier des constructions destinées aux nourriciers. L'asile sera placé au centre de ces habitations. On y appellerait, au début, des gens de campagne et de préférence des habitants de Gheel, puis les familles des desservants de l'asile et même des desservants libres à certaines heures. Enfin, on offrirait gratis, dans les commencements, la location d'un hectare. L'auteur, dont nous avons été obligé d'omettre des détails intéressants, termine en disant que son plan fera cesser l'encombrement des asiles, les reproches adressés au petit nombre des sorties, et constituera pour les aliénés presque un autre foyer domestique.

Les discussions nombreuses auxquelles a donné lieu la colonie de Gheel, qui est certainement une création utile, et que, dans notre première appréciation, en 1846, nous considérions comme une résidence salutaire pour les incurables, ne peuvent que faire désirer un essai loyal de cette institution, avec les modifications de M. Lentz.

Nous n'oserions, néanmoins, proposer de commencer cette tentative en France, car, dans notre longue carrière de plus de quarante-cinq ans de pratique, nous avons vu venir des campagnes à Paris tant de filles séduites, constaté, dans les comptes rendus de la justice criminelle, une augmentation si considérable d'attentats aux mœurs, qu'en passant en revue

tion que les exsudations de la rétine et du nerf optique commencèrent à se dissiper, et la vue commença à s'éclaircir.

Dans les trois observations décrites plus haut, l'albuminurie était liée très-intimement à une cause accidentelle : suppression des règles, grossesse et contusion de la région rénale. Les reins avaient subi très-probablement des altérations brightiques très-marquées, puisque l'albumine dans les urines était en très-grande quantité.

La rétinite et la rétino-choroïdite dans le dernier cas n'étaient point dues aux affections cardiaques, comme pensent les auteurs allemands, puisque le cœur ne présentait aucune altération; mais le sang était sensiblement modifié, et c'est à cette cause qu'il faut rapporter les désordres marqués observés avec l'ophthalmoscope dans les rétines.

Le traitement était dirigé, comme on peut en juger par les observations, plus spécialement sur les causes occasionnelles, et on a cherché, en outre, par les déplétions sanguines dirigées sur la région lombaire, à enrayer la marche d'inflammation rénale.

Le traitement interne consistait dans l'usage des préparations iodées sous la forme recommandée par M. Gueneau de Mussy. Le régime lacté, le séjour à la campagne et les bains de Barèges, tels étaient les moyens qui ont amené la guérison plus ou moins complète. Quant au traitement local, il était presque nul; nous n'avons pu obtenir aucune amélioration, ni par l'application des ventouses ou des sangsues, ni par aucun autre traitement local.

CLIMATOLOGIE

INFLUENCE DES CLIMATS DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE;

Note lue à la Société médicale d'émulation, dans la séance du 22 décembre 1872,

Par M. CAZALAS.

Messieurs,

Ce n'est pas pour combattre les sages observations contenues dans l'excellent travail de notre savant collègue, M. H. Gouraud, que je me permets de prendre la parole; c'est, au contraire, pour leur donner toute mon approbation et répondre, dans la mesure de mes forces, à l'appel qu'il a bien voulu faire à chacun de nous d'apporter à la question : *De l'influence des climats dans le traitement de la phthisie pulmonaire*, le tribut de son expérience et de ses recherches personnelles.

nos nombreuses observations d'hystériques, nous ne doutons pas des conséquences de la vie à l'air libre.

Quant aux avantages mêmes de la liberté pour les aliénés chroniques, incurables, nous ne les nions pas; mais voici ce que nous avons observé dans les cinq établissements auxquels nous avons été attaché : Des chroniques réclamaient leur liberté, quelques-uns eussent pu rentrer chez eux, mais il eût fallu les isoler pour l'ordre de la maison. Le plus grand nombre des hôtes de ces asiles en avait pris les habitudes. Plusieurs sortaient seuls; quelques-uns se sont égarés par la négligence de ceux auxquels ils étaient confiés; ils sont revenus d'eux-mêmes. La vie réglée des maisons de santé ne paraissait pas leur être pénible, et l'on n'était que rarement poursuivi par des demandes de sortie. Plus d'un de ces incurables eût été un fardeau pour la famille, aussi notre opinion est-elle faite sur ces mutilés de la vie intellectuelle. Nous n'en applaudissons pas moins aux efforts des âmes généreuses qui cherchent à rapprocher le plus possible les aliénés de leur existence antérieure, car nous pouvons nous tromper; aussi ne sommes-nous que juste en disant au docteur Lentz que nous avons lu avec un grand intérêt sa brochure, et que nous serions heureux de voir un essai de sa colonie-asile.

— La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance a composé son bureau de la façon suivante, pour l'année 1874 :

Président honoraire, M. Husson; — président, M. Bonvalet; — vice-présidents, MM. Gibert et Poignet; — secrétaire général, M. Passant; — secrétaires, MM. Baudouin et Dupouy; — trésorier, M. Magnin; — archiviste, M. Machelard. — Membres du conseil de famille : MM. Chaillery, Donadieu et Lanquetin.

Dans le cours de ma vie nomade de médecin militaire, j'ai beaucoup vu, beaucoup observé et recueilli de nombreux matériaux relatifs à la question si importante et si complexe traitée avec autant d'autorité que de compétence par M. Gouraud. J'aurais voulu vous apporter ici un résumé complet des faits que j'ai recueillis sur ce sujet dans les divers pays où j'ai pratiqué depuis le commencement de ma carrière médicale; mais le temps m'a fait défaut, et j'en suis réduit à soumettre à votre appréciation ceux qui, par leur généralité, me paraissent pouvoir contribuer le plus utilement à éclairer la question.

Je dois dire avant tout que, au point de vue du sujet qui nous occupe, je n'attache qu'une importance relative aux statistiques, surtout à celles qui, n'ayant pour base qu'un petit nombre de faits particuliers, sont établies en vue d'un point déterminé d'après une idée préconçue, parce que dans les cas de cette nature, on choisit souvent, même involontairement, les faits les plus favorables à sa théorie, et qu'avec un peu d'habileté on fait aisément jouer aux chiffres le rôle qu'on désire. C'est pourquoi on trouve des statistiques favorables aux pays chauds et aux plaines, et d'autres qui leur sont contraires; des statistiques contraires au pays froids et aux montagnes, et d'autres qui leur sont favorables.

Les statistiques les plus propres à inspirer de la confiance sont celles qui, reposant sur des nombres considérables, ont été établies sans idée préconçue, sans but spécial déterminé, au point de vue de l'hygiène générale.

Voici quelques chiffres reposant sur cette base et puisés, les uns dans la statistique générale de l'armée, et les autres dans mes notes particulières. Ils ne vous paraîtront pas sans doute suffisants pour résoudre définitivement le problème de l'influence des divers climats sur la tuberculisation pulmonaire; mais j'ai pensé que, à cause de leur généralité et de leur indépendance de toute idée préconçue, vous les trouveriez de nature à pouvoir concourir utilement à sa solution.

A. — De 1862 à 1869 inclusivement, c'est-à-dire dans l'espace de huit ans, l'armée de terre a fourni aux hôpitaux :

1° *En France*, sur un effectif de 2,394,000 militaires de tous grades, 628,000 malades, ou 26,23 pour 100 hommes d'effectif.

En Afrique, sur un chiffre de 496,450 hommes, 262,200 malades, ou 52,81 pour 100 hommes d'effectif.

D'où il suit, — ce que tout le monde sait d'ailleurs depuis longtemps, — que le nombre annuel des malades hospitalisés est relativement beaucoup plus considérable en Afrique qu'en France; cette différence tient sans doute en grande partie à la différence de climat, mais il est également certain que les conditions exceptionnelles de guerre et de fatigue, auxquelles les soldats sont particulièrement soumis en Afrique, n'y sont pas étrangères.

B. — Les 628,000 malades hospitalisés en France ont fourni 14,214 cas de phthisie pulmonaire, ou 0,60 sur 100 hommes d'effectif et 2,26 sur 100 malades, tandis que les 262,200 malades hospitalisés en Afrique n'ont donné que 1,732 phthisiques, ou 0,35 sur 100 hommes d'effectif et 0,65 sur 100 malades.

D'où il résulte que, relativement aux effectifs et au nombre total des malades, la phthisie pulmonaire dans l'armée est bien moins fréquente en Algérie qu'en France, et mon expérience personnelle me permet d'affirmer que ce qui a lieu dans l'armée se passe également dans la population civile indigène et européenne.

Ces chiffres sont extraits de la statistique médicale de l'armée et des archives du Conseil de santé; en voici quelques autres recueillis par moi-même à Metz, à Paris et à Alger, dans mes services particuliers de fiévreux :

1° A l'hôpital de Metz, en 1846 et en 1847 : 134 cas de phthisie pulmonaire sur 3,940 malades traités, ou 3,40 phthisiques sur 100 malades;

2° A l'hôpital du Val-de-Grâce, en 1849 et en 1850 : 95 phthisiques sur 3,366 malades traités, ou 2,82 phthisiques sur 100 malades;

3° A l'hôpital du Dey, à Alger, en 1857 et en 1858 : 30 cas de phthisie pulmonaire sur 4,548 malades traités, ou 0,65 phthisiques sur 100 malades.

Ces résultats, dont je peux garantir l'exactitude, concordant d'ailleurs avec les précédents, tendent à prouver, ce que je considère personnellement comme certain, que la phthisie pulmonaire est notablement plus fréquente à Metz qu'à Paris, et démontrent, d'une manière incontestable, quelles que soient les réserves qu'il soit possible de faire, qu'elle est beaucoup plus fréquente à Paris qu'à Alger.

Admettant, non-seulement pour les faits relatifs à toute l'armée, mais encore pour ceux recueillis par moi-même, la possibilité de nombreuses erreurs de diagnostic, et sachant que la fréquence de la phthisie pulmonaire dans les divers pays est généralement en rapport avec la fréquence de l'ensemble des maladies de poitrine, j'ai voulu pousser plus loin mon investi-

gation et voir quelle a été, de 1862 à 1869, la fréquence de ces dernières en France et en Afrique. Voici le résultat de cette nouvelle comparaison :

En France, sur un effectif de 2,394,000 hommes et sur 628,000 malades hospitalisés, j'ai trouvé 124,293 cas d'affection de poitrine, ou 5,19 sur 100 hommes d'effectif et 18 sur 100 malades, tandis qu'en Afrique, sur un effectif de 496,450 et sur 262,200 malades hospitalisés, il n'y a eu que 18,903 cas de maladies de poitrine, ou 3,80 pour 100 hommes d'effectif et 7,20 sur 100 malades.

Ces faits, en parfait accord d'ailleurs avec l'observation particulière de tous les praticiens qui ont observé en grand et sans idée préconçue sous des climats différents, prouvent, ce me semble, d'une manière irréfutable, que, toutes choses égales d'ailleurs, les maladies de poitrine en général, et la phthisie pulmonaire en particulier, sont beaucoup plus fréquentes en France qu'en Algérie, et que, si cette première proposition est vraie, ce qui me paraît incontestable, ils sont aussi assez éloquents pour réduire à sa véritable valeur cette assertion paradoxale : « que les pays chauds, envisagés dans leur ensemble, exercent une influence fâcheuse sur la marche de la tuberculisation pulmonaire et en accélère le cours. »

Le travail de M. Gouraud laissait dans l'ombre ce contraste remarquable entre la France et l'Algérie ; il importait de le bien établir et de constater, par la statistique en grand, que les stations algériennes d'hiver pour les phthisiques, bien ordonnées, sont bien supérieures aux meilleures stations de France et d'Italie.

Si telle station d'hiver exerce une fâcheuse influence sur la marche de tel ou tel cas de phthisie pulmonaire, ce n'est pas, à coup sûr, la faute des pays chauds considérés dans leur ensemble, lesquels, pendant la saison d'hiver, sont généralement favorables à la marche des affections tuberculeuses ; c'est plutôt la faute du médecin qui y a envoyé inopportunément le malade ou qui l'y retient inopportunément, ou bien celle du malade lui-même, qui ne sait pas tirer de la station le meilleur parti possible.

En général, il faut en convenir, on prescrit d'une manière trop banale les stations d'hiver aux phthisiques, et la question de mode ou de convenance personnelle a généralement, dans le choix de telle ou telle station, plus de poids dans la balance que la question médicale proprement dite. Et pourtant, le climat est un remède, et l'envoi d'un phthisique dans une localité plutôt que dans une autre est une question d'opportunité, aussi bien que l'emploi, dans le cours de toute maladie, de tel médicament à l'exclusion de tel autre.

J'ai habité des stations d'hiver où j'ai eu à donner des conseils à de nombreux immigrants phthisiques ou atteints de maladies de poitrine diverses ; j'ai eu l'occasion d'y constater, sous ce rapport, de nombreux abus et de graves erreurs, et mon expérience personnelle me permet d'ajouter que, si tous les médecins avaient des notions bien précises sur les climats partiels considérés comme antiphthisiques, sur l'appropriation de chacun de ces climats aux divers degrés et aux différentes formes de la phthisie, et s'ils apportaient dans le choix de la station, le soin, l'indépendance et la sévérité qu'une telle opération exige, personne ne viendrait plus nous dire : « *Les pays chauds, envisagés dans leur ensemble, exercent une fâcheuse influence sur la marche de la tuberculisation pulmonaire ; les climats froids sont préférables aux climats chauds, les stations des montagnes à celles des plaines ou les stations des plaines à celles des montagnes ; toute station antiphthisique perd sa réputation au bout d'un certain nombre d'années* », toutes propositions paradoxales en opposition formelle avec l'observation rigoureuse des faits, et ne pouvant avoir pour base que l'ignorance des faits généraux ou la théorie préconçue.

Du remarquable travail de M. Gouraud et des quelques documents statistiques que je viens de mettre sous vos yeux, je crois pouvoir déduire les propositions suivantes :

Cette assertion que « toute station antiphthisique perd sa réputation au bout d'un certain nombre d'années », est une de ces rêveries fondées sur la théorie imaginaire de la contagion, dont les Allemands nous inondent et que nous sommes généralement, en France, trop disposés à accueillir comme choses sérieuses. Non, la phthisie pulmonaire n'est pas contagieuse ; et l'on réunirait à Alger, à Oran ou à Madère tous les phthisiques de l'Europe, que jamais ces trois stations ne deviendraient aptes, comme Metz et Paris, au développement de cette maladie, et ne cesseraient d'être favorables aux phthisiques qui y seraient opportunément envoyés.

On appelle climat, l'espace compris entre deux cercles parallèles à l'équateur. Les climats généraux se divisent en climats chauds, en climats froids et en climats tempérés. Les premiers s'étendent de l'équateur au 30e ou 35e degré de latitude ; les secondes, du 50e ou 55e au pôle, et les troisièmes, du 30e ou 35e au 50e ou 55e degré. Ils n'ont pour nous, surtout les premiers et les seconds, dans la question qui nous occupe, qu'un intérêt tout à fait secondaire.

Les climats *partiels* sont des étendues de pays plus ou moins grandes, dans lesquelles les conditions atmosphériques sont partout à peu près égales. Ils nous intéressent tout particulière-

ment, surtout ceux qui sont compris dans la zone des climats généraux tempérés, parce que ce sont eux qui constituent les stations d'hiver pour les phthisiques. Toutes les qualités de l'atmosphère, — température, pression, état hygrométrique, direction et vitesse des vents, etc., — concourent à leur formation; mais de toutes ces qualités la température est, sans contredit, la plus importante; toutes les autres lui sont pour ainsi dire subordonnées.

Dans l'étude climatérique d'une station d'hiver pour les phthisiques, il ne suffit pas, comme on le croit trop généralement, de noter les maxima, les minima et les moyennes de la température annuelle ou mensuelle; ce qu'il importe surtout de savoir, c'est la marche habituelle de la température pendant le jour et pendant la nuit, son degré de constance ou d'uniformité habituelle, la fréquence et l'étendue habituelle de ses variations diurnes et nocturnes.

Tous les auteurs qui ont étudié pratiquement la question qui nous occupe, reconnaissent que le trait météorologique principal de toute bonne station est la faible différence de la température du jour et de la nuit, et le motif principal de mon intervention dans ce débat, est celui d'insister sur cette vérité trop peu connue, ou du moins à laquelle on n'attache pas, à beaucoup près, l'importance qu'elle mérite.

S'il y avait en Europe un climat où la température fût absolument constante, j'ai la conviction qu'il n'y aurait pas de phthisies pulmonaires dans ce climat, et c'est là qu'il faudrait généralement envoyer les phthisiques et les individus menacés de le devenir; mais, comme un tel climat n'existe pas, il importe de rechercher, dans l'intérêt des malades, ceux qui s'en rapprochent le plus.

La phthisie pulmonaire se montre, dans les climats généraux tempérés, à tous les degrés de latitude, de longitude et d'altitude; mais on peut dire, d'une manière très-générale, que, toutes choses égales d'ailleurs, cette maladie est plus fréquente dans les pays froids que dans les pays chauds, dans les contrées orientales que dans les contrées occidentales, dans les lieux élevés qu'au niveau de la mer.

Il y a également à tous les degrés d'altitude, de longitude et de latitude des climats généraux tempérés, des climats partiels où la phthisie est rare, et l'on peut dire aussi, d'une manière très-générale, que cette rareté est en rapport avec le degré d'uniformité de la température, et qu'à constance égale de la température, les pays plus chauds, en évitant les extrêmes, sont préférables aux pays plus froids.

Si, comme stations d'hiver, les côtes occidentales d'Angleterre et d'Irlande sont préférables aux côtes orientales de ce même pays, c'est grâce à la plus grande constance de la température dans les premières; et si les côtes d'Afrique, sous le même rapport, ont un avantage si marqué sur les côtes de France et d'Italie, c'est à leur température à la fois plus élevée et moins inconstante qu'il faut surtout l'attribuer.

La raréfaction de l'air résultant soit de la latitude, soit de l'altitude, favorable selon les uns et défavorable selon les autres aux phthisiques, n'a pas, en général, à moins d'être extrême, d'influence notable sur la marche de la phthisie pulmonaire, et l'on peut dire que, en général, à température également élevée et également uniforme, les stations des montagnes, à cause de la pureté de l'air, doivent être préférées aux stations des vallées ou des plaines.

La navigation, comme moyen de guérison de la phthisie pulmonaire, est une illusion théorique; elle n'a aucun avantage sur un bon climat partiel de terre, et elle est inséparable de tant d'inconvénients, qu'elle n'est même applicable que dans des cas tout à fait exceptionnels.

On ne doit conseiller l'émigration hivernale aux phthisiques qu'à la condition qu'ils trouveront dans la station où ils doivent se rendre, toutes les conditions de confortable nécessaires.

En général, la meilleure station d'hiver pour les phthisiques est celle où la température offre le moins de variations au double point de vue de la fréquence et de l'étendue.

Les phthisiques doivent être envoyés le moins loin possible de leur pays natal, et l'émigration vers le sud est, en général, préférable à l'émigration vers le nord.

Il en est des stations d'hiver pour les phthisiques, comme des remèdes ordinaires pour tous les autres malades : les principes généraux précédents étant observés, le choix de telle ou telle station pour tel ou tel phthisique exige, de la part du médecin qui la prescrit, le même soin, la même expérience, le même tact que l'emploi de tel ou tel médicament dans le cours de toute maladie.

DU ZONA OPHTHALMIQUE;

Rapport lu à la Société médicale d'émulation, dans la séance du 1er mars 1873,

Par M. PHILIPPE.

Vous m'avez chargé, conjointement avec MM. Gouraud et Rigal, de vous faire un rapport sur un travail très-important, présenté à la Société d'émulation sous forme de brochure assez

volumineuse, par M. le docteur Albert Hybord, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat des hôpitaux (concours 1867), élève de l'École pratique, médaille de bronze de l'Assistance publique (1871).

Ce mémoire, datant de 1872, a pour titre : *Du zona ophthalmique et des lésions oculaires qui s'y rattachent.*

L'auteur commence par une introduction dans laquelle il donne d'abord la définition de cette maladie. « C'est une éruption herpétique dont les groupes de vésicules sont en rapport « avec la distribution des ramifications superficielles de la première branche du trijumeau. » Il préfère cette dénomination à celle de *zona frontal*, avec les auteurs anglais, parce qu'elle désigne le siége anatomique de l'affection.

Dans cette introduction, M. le docteur Hybord expose les principales divisions de son travail.

Il débute par l'historique de la maladie, par quelques considérations anatomiques sur la distribution de la branche ophthalmique et la structure du ganglion de Gasser.

La première partie est consacrée à la *symptomatologie;*

La deuxième partie traite de la *pathogénie* et de la *physiologie pathologique.*

M. le docteur Hybord rappelle que c'est à Jonathan Hutchinson que revient l'honneur d'avoir le premier, en 1866, donné une description précise du zona ophthalmique et attiré spécialement l'attention sur les lésions dont l'œil peut être le siége dans le cours de cette affection. Il existait, à la vérité, dans la science un certain nombre d'observations du zona frontal (de de Haen, Rayer, Cazenave, Traûbe, Danielsen), mais elles étaient restées isolées; aucun auteur n'avait signalé la fréquence et l'importance des lésions oculaires, et n'avait recherché par quel lien elles se rattachent à l'éruption cutanée.

Le premier travail important qui ait suivi l'œuvre d'Hutchinson est celui de Bowman.

Les observateurs les plus remarquables qui ont traité le même sujet sont : MM. Bowater, Vernon, Jeffries, de Boston (1868); Steffan, de Francfort-sur-Mein (1869); Rudolf Jacksch, Joseph Kocks (1871). M. Galezowski, en 1870, dans son *Traité des maladies des yeux*, a réparé l'oubli des ophthalmologistes français qui n'avaient pas mentionné encore le zona frontal.

Le dernier travail publié est celui du professeur Oscar Wyss, de Zurich (1871) : il est considéré comme le plus remarquable.

Indépendamment des travaux principaux que je viens d'énumérer, l'auteur cite des observations nombreuses publiées par une foule d'autres auteurs.

Je ne suivrai pas le docteur Hybord dans les considérations anatomiques qu'il rappelle brièvement.

Il commence la première partie de son travail en relatant six observations de faits qu'il a vus lui-même ou qu'il a empruntés à M. Lailler.

Il aborde ensuite le chapitre Ier, qui traite de *la description de l'éruption cutanée et des phénomènes qui l'accompagnent.*

Le zona frontal peut être précédé de phénomènes précurseurs ou prodromiques; il peut, au contraire, apparaître d'emblée.

Les phénomènes *prodromiques* ou antérieurs à l'éruption cutanée sont *locaux* et *généraux.*

Les premiers consistent essentiellement dans des modifications de sensibilité; les phénomènes douloureux tiennent, sans conteste, le premier rang, et sont les avant-coureurs les plus fidèles et les plus constants de l'éruption : ce sont généralement des douleurs névralgiques occupant toujours le côté de la face sur lequel vont se développer les vésicules; légères dans quelques cas, parfois d'une intensité considérable.

Deux séries de faits : Pour la première série, la douleur névralgique ne précède l'éruption que d'un temps relativement court, de quelques heures, de un, deux, trois, quatre jours.

Pour la deuxième série, les douleurs sont antérieures à l'éruption de plusieurs jours.

Dans une troisième série, comprenant un nombre de faits plus restreints, le malade est depuis beaucoup plus longtemps tourmenté par des douleurs névralgiques.

Des douleurs oculaires peuvent accompagner, dès le début, les autres douleurs de la face; l'œil est souvent irritable; il y a parfois photophobie.

Les autres symptômes précurseurs sont sans importance : ce sont des démangeaisons, des fourmillements, des cuissons, des chaleurs.

Les phénomènes généraux qui précèdent l'éruption sont habituellement peu marqués : ils consistent en du malaise, de l'insomnie; quelquefois des vertiges, des étourdissements, des troubles gastriques, tels qu'anorexie, constipation, etc.; parfois aussi il existe des symptômes fébriles accusés; dans quelques cas, ils dominent la scène.

Dans le zona qui débute d'emblée, l'éruption apparaît subitement, bien que, exceptionnellement, il puisse y avoir quelques symptômes précurseurs :

On observe d'abord des plaques rouges, érythémateuses; il y a cuisson, démangeaisons pénibles le plus souvent; les plaques sont plus ou moins confluentes, avec tuméfaction congestive; œdème de la paupière supérieure.

Bientôt après, sur ces plaques naissent les vésicules souvent isolées, parfois rapprochées; se confondant de manière à former des bulles irrégulières qui se développent par poussées successives.

A cette période, le gonflement de la paupière supérieure atteint son maximum d'intensité; la peau pâlit; le gonflement peut s'étendre à la paupière inférieure; un cercle rouge persiste autour des vésicules.

Dans le seul cas cité de Jacksch, la température, du côté malade, était de 36° 1/2; du côté sain, de 35° 1/2.

Le contenu des vésicules, d'abord limpide, se trouble bientôt, devient opaque, se mélange de pus ou de sang.

Après un terme variable, elles se crèvent, ou bien leur contenu se concrète en une croûte épaisse d'un brun noirâtre.

Rarement l'éruption vésiculeuse envahit tout le territoire de l'ophthalmique; le plus souvent elle se borne : on en trouve alors sur le front, la paupière supérieure et le nez; le front seul est constamment atteint; puis viennent, par ordre de fréquence, la paupière supérieure, le nez et la partie antérieure de la tempe.

Les vésicules sont tantôt isolées, tantôt groupées. L'éruption ne dépasse jamais la ligne médiane du front et du nez.

Le zona peut être double exceptionnellement, envahir la joue et la paupière inférieure avec des vésicules au-dessus du trou sus-orbitaire, sur la lèvre supérieure, le voile du palais, la lèvre inférieure; dans la bouche, au cou, à la poitrine.

La durée de l'éruption est variable : celle d'un groupe de vésicules est, en général, d'une quinzaine de jours. Dans le zona commun, les cicatrices sont exceptionnelles; dans le zona ophthalmique, au contraire, les croûtes laissent, après leur chute, de véritables cicatrices souvent très-profondes, blanchâtres; quelquefois plus foncées que la peau environnante, et indélébiles; analogues aux marques de pustules varioliques.

Les symptômes qui accompagnent l'éruption sont *généraux* ou *locaux*.

Les symptômes locaux consistent surtout dans des modifications de la sensibilité. Les douleurs sont névralgiques, fulgurantes, exaspérées par la pression, principalement au niveau du trou sus-orbitaire.

Ces douleurs se prolongent souvent plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années; il y a hyperesthésie ou analgésie. La première est moins fréquente.

La peau, après l'éruption, reste fréquemment irritable, sèche, rouge et congestionnée.

Dans le deuxième chapitre, M. Hybord passe en revue les altérations oculaires du zona ophthalmique. Ce côté de l'histoire de la maladie est le plus intéressant et le moins connu. Bien que fréquentes, elles ne sont cependant pas nécessaires ni indispensables. Sur 98 observations recueillies par l'auteur, 32 ne signalent l'existence d'aucun trouble appréciable de l'organe de la vue.

La conjonctive est congestionnée, enflammée; il peut y avoir chémosis; la sécrétion de cette membrane est augmentée avec formation de muco-pus.

On observe, mais rarement, sur un point quelconque de la conjonctive, surtout vers le bord de la cornée, de véritables vésicules assimilables aux vésicules herpétiques de la peau (4 cas observés).

Les altérations conjonctivales précèdent ordinairement l'éruption cutanée.

La sécrétion de la glande lacrymale est habituellement, et de bonne heure, activée.

Les symptômes des accidents morbides du globe oculaire sont le plus souvent de nature inflammatoire : il y a kératite, iritis. La kératite est plus fréquente sans l'iritis que celle-ci sans la kératite.

Les ulcérations sont la lésion la plus fréquente : elles sont uniques ou multiples, souvent abruptes et profondes, pouvant envahir toute la surface de la cornée; on observe quelquefois des abcès de cette dernière.

Les ulcères se forment avec une grande rapidité, paraissent habituellement guérir assez vite. Il y a des opacités diverses, depuis le simple nuage jusqu'au leucoma; les perforations sont très-rares.

L'iritis est moins fréquente que la kératite, présentant le plus souvent ses caractères habituels : la synéchie postérieure n'est pas très-rare. L'iris est plutôt resserré que dilaté : l'inflammation est généralement d'intensité moyenne.

Les lésions de la cornée et de l'iris sont le plus fréquemment en relation avec la présence de l'éruption sur le côté du nez.

Les altérations de la sensibilité oculaire peuvent persister après l'éruption; la cornée reste anesthésiée, ainsi que la conjonctive.

Les paralysies musculaires du globe de l'œil sont rares dans le zona frontal. Sur les 98 cas cités, 7 seulement ont présenté ces accidents.

La paralysie frappe surtout le nerf de la troisième paire : elle survient habituellement dans les premiers jours de l'éruption ; disparaissant assez rapidement et semblant ne pas devenir définitive ; pouvant cependant se prolonger exceptionnellement.

Il y a certaines altérations de l'organe de la vue qui se présentent fort rarement, telles que : l'amblyopie, la suppuration de l'œil, la perforation de la cornée.

La seconde partie du travail du docteur Hybord traite de la *pathogénie* et de la *physiologie pathologique* du zona ophthalmique, et des lésions oculaires, de l'*étiologie, pronostic, diagnostic, traitement.*

L'auteur rappelle les travaux de M. Charcot sur les troubles trophiques en général et les troubles trophiques cutanés consécutifs aux affections du système nerveux central et périphérique. Ce médecin distingué est le premier, en France, qui ait inauguré cette étude en 1859, dans le *Journal de physiologie.*

Le docteur Hybord cite les travaux de M. Brown-Sequard sur la section ou la compression des nerfs : la première donnant lieu à la paralysie ; la seconde à l'irritation de la moelle épinière et des nerfs; les altérations de nutrition étant très-différentes dans les deux cas.

D'après M. Charcot, parmi les affections de la moelle épinière, celles des faisceaux postérieurs semblent seules avoir le privilége de produire les troubles trophiques cutanés, au premier rang desquels se trouve le zona. Dans ces cas, ce dernier observateur a signalé l'urticaire, l'echthyma, comme ayant la même origine.

L'auteur cite un grand nombre de faits cliniques dans lesquels le zona frontal est évidemment relié à une maladie du sytème nerveux central ou périphérique. Les auteurs nombreux, dont il invoque l'autorité, donnent pour causes du développement de la maladie des contusions traumatiques, des plaies incomplètes; le tiraillement des branches nerveuses par une cicatrice ; l'asphyxie par la vapeur de charbon; chez les ataxiques, le zona s'est montré au moment des accès de fulguration douloureuse; à la suite de la méningite spinale chronique.

L'auteur s'occupe ensuite de l'*anatomie pathologique.*

Dans un fait cité par Danielssen, le sixième nerf intercostal était considérablement enflé et rouge.

Esmarck a observé un malade pris de douleurs violentes de la partie postérieure de la cuisse s'étendant jusqu'à la plante des pieds, à la suite d'une ponction d'hydrocèle. Il trouva à l'autopsie une infiltration œdémateuse et une hyperémie du sciatique à la sortie du bassin. Des groupes de vésicules herpétiques s'étaient montrés le long des régions douloureuses.

Berensprung cite le fait d'un enfant phthisique qui présenta un zona des espaces intercostaux ; à l'autopsie on put constater l'épaississement, l'injection des nerfs costaux correspondants; les ganglions spinaux, au niveau de ces nerfs, étaient augmentés de volume ; le névrilème était enflammé.

En 1866, MM. Charcot et Lotard publièrent une observation de névrite du plexus brachial et des ganglions correspondants des racines spinales postérieures, accompagnée de zona du cou. L'examen nécroscopique offrit les désordres suivants : « Les ganglions et les troncs nerveux « étaient rouges, tuméfiés : injection du réseau vasculaire des ganglions spinaux et des capil- « laires du névrilème; prolifération conjonctive de la trame lamineuse des ganglions et du « névrilème. » (Société de biologie.)

Le docteur O'wyss avait constaté, dans un cas, des altérations du tiers interne du ganglion de Gasser.

L'auteur résume ainsi ce chapitre : « Le zona spontané (comme le zona traumatique et le « zona secondaire) est l'expression cutanée d'une névrite ou d'une irritation causée par une « hyperémie active, ayant pour siége soit le ganglion spinal ou son analogue, le ganglion de « Gasser, soit un point quelconque de la périphérie du nerf (faits de zona traumatique), soit « la substance grise, les cornes postérieures de la moelle ou les cordons postérieurs (faits de « zona chez les ataxiques). »

Les conditions étiologiques du zona, et du zona ophthalmique en particulier, appuient et fortifient ces conclusions.

M. Hybord se livre à une discussion assez étendue sur le rôle important que pourraient jouer les nerfs vaso-moteurs dans le développement des troubles nutritifs qui donnent lieu au zona ophthalmique, de préférence aux centres et aux nerfs trophiques. Il attribue ces phénomènes organiques spécialement aux derniers, en s'appuyant de l'autorité de Samuel et de M. Charcot.

L'auteur traite ensuite de la *physiologie pathologique* des lésions oculaires.

Dans ces affections, l'inflammation ou l'irritation peut occuper le ganglion de Gasser, ce qui

arrive probablement lorsque l'éruption recouvre tout le territoire ou la plus grande partie du territoire cutané de l'ophthalmique.

Lorsque l'éruption se limite à quelques branches, on peut supposer que l'irritation porte sur les troncs nerveux après leur subdivision, ou bien qu'elle occupe un point limité du ganglion de Gasser.

D'après plusieurs médecins allemands, « les fibres nerveuses qui ont de l'influence sur la « nutrition de l'œil, sont situées à la partie la plus interne du ganglion de Gasser. Dans « l'autopsie de O'wyss, ce sont celles qui étaient le plus atteintes. »

L'auteur divise les faits pathologiques d'altérations nutritives de l'œil en deux séries :

Dans la première, on a pu reconnaître la nature et le siége de la lésion par l'autopsie : dégénérescences diverses, tumeurs variées soit au niveau du ganglion de Gasser, et l'ayant envahi en partie ou en totalité, soit entre le ganglion et le pont de Varole.

Dans la deuxième série se rangent les cas d'anesthésie du trijumeau qui n'ont pas entraîné la mort, ou pour lesquels il n'y a pas eu d'autopsie.

L'auteur résume ainsi ce chapitre : « Les lésions de la cornée et de l'iris, dans le zona « ophthalmique, résultent de l'irritation, de l'inflammation des filets ciliaires qui se rendent « à ces membranes; ce sont, par conséquent, des lésions de même ordre que les lésions « cutanées. »

Les altérations de la conjonctive sont à peine mentionnées.

Quant à la choroïde, elle n'a jamais été atteinte dans les 98 cas observés. L'auteur croit que la cause en est dans la structure éminemment vasculaire de cette membrane.

L'auteur cite un grand nombre de faits et d'expériences dont je n'ai pu donner que les résultats pratiques.

Le chapitre II comprend l'étiologie du zona ophthalmique.

Les *causes sont prédisposantes.* Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme ; l'âge avancé y prédispose. Le rhumatisme, la goutte, les dartres, l'herpétisme, les névralgies, en favorisent le développement; il se manifeste plus souvent au printemps et en automne.

Les *causes sont occasionnelles.* Au premier rang se trouvent le froid ; le froid humide ; les tumeurs comprimant ou irritant le nerf trijumeau ou ses branches ; l'empoisonnement par la vapeur de charbon.

Quant au *siége* et à la fréquence, le côté droit est plus souvent affecté que le gauche : c'est une maladie rare.

Comparé aux autres espèces de zona, le zona frontal s'est montré dans la proportion de 7 cas sur 297.

Le chapitre III traite du diagnostic, pronostic, traitement.

Le *diagnostic* ne présente pas de difficulté ; il ne pourrait se confondre qu'avec l'érysipèle, bien qu'il en diffère beaucoup.

Pronostic : Les lésions oculaires; les douleurs souvent opiniâtres qui peuvent survivre à l'éruption; les troubles consécutifs de la sensibilité cutanée, font de la névrite une maladie sérieuse. Elle est plus grave chez les gens âgés : dans deux cas, elle s'est terminée par la mort. Elle acquiert de la gravité quand elle envahit le territoire du nerf nasal.

Dans le *traitement,* on doit se guider sur la nature de l'affection ; s'adresser à la névrite au début ; pendant l'éruption, se contenter de saupoudrer les parties malades de poudre d'amidon ou de glycérine ; tisane rafraîchissante ; quelquefois un purgatif salin, s'il existe de l'embarras gastrique.

Les lésions oculaires n'exigent pas de traitement spécial : surveiller l'état de l'œil, surtout lorsque les vésicules sont placées sur le territoire cutané du nerf nasal ; employer prématurément le collyre à l'atropine pour éviter les adhérences subséquentes ; combattre les névralgies par les injections sous-cutanées de morphine, le sulfate de quinine, etc.; faire usage du liniment de chloroforme ; pratiquer la section sous-cutanée du nerf sus-orbitaire ; faire appliquer des vésicatoires répétés sur le front.

Après la disparition de l'éruption, employer les courants d'induction pour provoquer l'extinction rapide des douleurs et favoriser le retour des fonctions normales du trijumeau.

Suivent 98 observations de zona ophthalmique puisées dans la pratique d'un grand nombre de médecins, parmi lesquels les praticiens anglais et allemands surtout ont la plus grande part. Le mémoire est illustré de 4 planches.

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

1° Le zona ophthalmique est l'éruption herpétique développée sur le territoire de la première branche du trijumeau.

2° Avec l'éruption cutanée coexistent des altérations oculaires dont les plus importantes sont la kératite et l'iritis. La kératite et l'iritis peuvent être réunies ou exister isolément. La kératite est plus fréquente que l'iritis.

3° Le zona est l'expression cutanée de l'irritation, de l'inflammation des parties distinctes du système nerveux (tronc nerveux, mixte, sensitif, ganglion spinal, racine postérieure sensible, cordons postérieurs de la moelle).

4° Le zona ophthalmique est l'expression cutanée de l'irritation, de l'inflammation de la première branche du nerf trijumeau. Le processus qui engendre l'éruption peut se développer soit sur le ganglion de Gasser, soit sur le trajet de la branche ophthalmique.

5° Les lésions de la cornée et de l'iris sont des phénomènes de même ordre que les manifestations cutanées; elles doivent être rapportées à l'irritation, à l'inflammation des filets ciliaires de la branche nasale du rameau ophthalmique. Elles sont, le plus souvent, en rapport avec la distribution de l'éruption sur le territoire cutané du nerf nasal.

6° L'éruption cutanée et les lésions oculaires ne dépendent pas de la paralysie des vaso-moteurs et de l'hyperémie névro-paralytique consécutive. Il faut les attribuer à une influence directe du système nerveux sur la nutrition. De toutes les théories invoquées, celle qui rattache ces troubles trophiques à l'irritation des nerfs trophiques est encore la plus simple et la plus satisfaisante.

Vous avez pu juger, Messieurs, de l'importance de l'œuvre de M. Hybord par l'analyse que je viens de vous présenter. Il traite d'un sujet qui soulève les questions les plus intéressantes sur le rôle des nerfs dans le travail de nutrition : ce sujet est neuf et peu connu. L'auteur a consulté avec soin tous les auteurs qui ont écrit sur le zona ophthalmique; et, bien que ces travaux ne datent que de quelques années, ils apportent à la science un nombre déjà imposant de faits cliniques, d'expériences physiologiques, de recherches nécroscopiques, qui contribuent à élucider les points obscurs que présente l'action des nerfs trophiques sur divers états pathologiques auxquels la science moderne a donné des aspects nouveaux.

A cette occasion, des physiologistes éminents ont fourni des documents qui ont ouvert de plus larges horizons à la pathogénie.

M. Hybord a traité son sujet d'une manière très-approfondie et en observateur d'élite. Il a réuni tout ce que la pathologie offre de plus complet, dans l'état actuel de la science, sur l'histoire du zona ophthalmique.

Il se livre à des discussions très-savantes sur la nature de cette maladie, montrant beaucoup de sagacité et de finesse d'observation dans ses appréciations critiques.

Son travail se ressent toutefois de l'incertitude dans laquelle se trouvent les hommes les plus compétents sur des points de doctrine qui sont loin d'être résolus : il ne pouvait mieux faire.

En somme, M. Hybord a brillamment débuté dans la carrière; d'aussi beaux commencements doivent l'encourager à continuer de si nobles efforts.

Je vous propose, en conséquence, Messieurs, de nommer M. Albert Hybord membre titulaire de la Société d'émulation.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 décembre 1873. — Présidence de M. Trélat.

Sommaire. — De la compression et de la ligature *élastiques*. — Rapports : sur une observation d'opération de polype naso-pharyngien; sur une observation de trachéocèle; sur un cas de vice de conformation de l'œsophage. — Discussion sur la nécrose phosphorée : discours de M. Trélat. — Tumeur érectile très-volumineuse du cou guérie par la ponction à l'aide du stylet chauffé au rouge.

Séance bien remplie, à laquelle un discours de M. Trélat sur la nécrose phosphorée, et une présentation de malade par M. Tillaux, ont donné un intérêt particulier.

M. Demarquay a d'abord communiqué une observation qui lui a été adressée par M. Esmarck et qui est relative à un cas de désarticulation de la cuisse, pratiquée sans effusion de sang, grâce à la compression élastique combinée avec la compression de l'aorte. M. Demarquay a également déposé sur le bureau de la Société plusieurs exemplaires d'un mémoire de M. le professeur Vanzetti (de Padoue), membre correspondant, dans lequel l'auteur réclame pour lui-même et surtout pour le docteur Silvestri (de Vicence), la priorité de l'application de la compression élastique dans les amputations.

A l'occasion de ce mémoire qui lui paraît établir les droits de M. Silvestri à la priorité de la méthode, M. Léon Le Fort a dit que M. le professeur Dittel (de Vienne) propose de faire la *ligature élastique* des tumeurs et aussi des artères. Cette proposition est fondée sur le fait suivant qui a beaucoup frappé M. Dittel. Une jeune fille entre dans son service avec des accidents cérébraux très-graves. Cette enfant avait eu la tête serrée dans un de ces filets dont on

coiffe les petites filles pour retenir leur longue chevelure. La constriction était devenue très-douloureuse, mais la belle-mère de l'enfant, par un trait de barbarie, l'avait empêchée de s'en délivrer, et le lien élastique avait fini par couper la peau et par occasionner des phénomènes cérébraux auxquels l'enfant succomba peu après son entrée à l'hôpital. L'autopsie a montré que le lien élastique avait sectionné non-seulement la peau, mais encore les os du crâne et la dure-mère. C'est le fait qui a donné à M. Dittel l'idée de proposer la *ligature élastique* des tumeurs et des artères.

— M. Duplay a fait ensuite un rapport verbal sur une observation d'opération de polype naso-pharyngien, pratiquée par M. le docteur Pamard (d'Avignon). Le sujet, enfant de 14 à 15 ans, avait déjà subi diverses opérations : sections partielles, arrachements, etc., de sa tumeur. M. Pamard a pratiqué l'ablation sous-périostée du maxillaire supérieur droit en se conformant aux règles établies par M. Ollier (de Lyon). L'opération a été suivie de plein succès. Le malade est sorti guéri au bout d'un mois et présentant une reproduction partielle de l'os enlevé. M. le rapporteur considère cette observation comme un beau cas d'application de la méthode sous-périostée; il regrette seulement que M. Pamard n'ait pas joint à sa relation une photographie ou un dessin représentant l'état de la face avant et après l'opération.

— M. Guéniot fait un rapport sur une observation de *trachéocèle*, adressée par M. le docteur Faucon (d'Amiens). Cette observation est analogue à celle que M. le docteur Devalz communiqua, il y a quelque temps déjà, à la Société de chirurgie, et au sujet de laquelle M. Guyon fit un rapport verbal.

Le malade de M. Faucon, âgé de 54 ans, portait sur la partie latérale droite du cou une tumeur du volume d'un œuf de poule et ressemblant à un goître. Mais la palpation permettait de constater que ce prétendu goître n'offrait pas la consistance d'une tumeur de ce genre, était élastique et disparaissait par la pression. Quand on exerçait sur la tumeur une compression un peu notable, elle fuyait sous les doigts en donnant la sensation particulière d'un gaz que l'on comprime; elle se réduisait sans bruit, mais non complétement, pour reparaître dès que la compression avait cessé; elle était sonore à la percussion. Elle augmentait beaucoup de volume sous l'influence de la toux, d'un effort, etc. Le malade succomba au bout de quelque temps aux suites d'un cancer de l'estomac. L'autopsie n'a pu être pratiquée; mais l'analogie que ce cas offre avec celui de M. Devalz a fait penser à M. Faucon qu'il s'agit ici, comme dans le premier, d'une hernie de la muqueuse trachéale à travers les parois de ce conduit. Cette opinion est également celle de M. le rapporteur.

Du reste, ainsi que l'a fait remarquer M. Guyon, ce ne sont pas là des faits nouveaux; la clinique de Larrey en contient d'analogues.

M. Guéniot fait ensuite un deuxième rapport verbal sur l'observation très-intéressante d'anomalie de l'œsophage communiquée dans la dernière séance par M. le docteur Ch. Périer, agrégé de la Faculté. Il s'agit d'un enfant né à terme, pesant 3,500 grammes au moment de sa naissance, et ne présentant extérieurement aucune apparence de vice de conformation. On s'aperçut, dès les premiers essais d'allaitement, qu'il rejetait le lait presque immédiatement après l'avoir avalé. M. Périer, à qui l'enfant fut présenté quarante-huit heures après sa naissance, constata qu'en même temps qu'il vomissait le lait il avait des accès de suffocation. Une sonde introduite dans l'œsophage ne pouvait descendre au delà de quelques centimètres. M. Périer conclut à une anomalie de l'œsophage et pensa, vu les accès de suffocation qui accompagnaient les vomissements, que ce conduit communiquait avec la trachée.

L'enfant succomba au bout de sept jours, pendant lesquels il ne put prendre aucune nourriture.

A l'autopsie, on constata que l'œsophage présentait une interruption dans sa continuité. Le bout supérieur se terminait en cul-de-sac à 4 centimètres au dessous du premier anneau de la trachée; le bout inférieur, partant de l'estomac, remontait jusqu'au niveau de la bifurcation du conduit trachéal. Il s'agissait donc bien là, comme l'avait pensé M. Périer, d'une anomalie, d'un vice de conformation de l'œsophage. Il est à remarquer que, malgré la non-communication du bout supérieur avec la trachée, l'enfant avait, chaque fois qu'il avalait du lait, un accès de suffocation en même temps que des vomissements; ce qui peut, du reste, tenir à l'introduction du liquide dans les voies aériennes, par l'orifice du larynx, pendant les vomissements.

M. Guéniot fait remarquer, en outre, que l'enfant a vécu sept jours sans prendre aucune nourriture, observation intéressante au point de vue médico-légal.

Enfin M. le rapporteur pense que si des faits de ce genre venaient à se reproduire, il y aurait lieu de songer à créer une voie pour l'alimentation de l'enfant par l'établissement d'une fistule gastrique.

Le discours de M. Trélat sur la nécrose phosphorée, à l'occasion du rapport lu par M. Magitot dans la dernière séance, est une des meilleures allocutions que l'honorable orateur nous

ait fait entendre jusqu'à ce jour dans les discussions auxquelles il a pris part. Le talent remarquable avec lequel il a traité la question, la clarté de son exposition, la vivacité et l'abondance de son argumentation, lui ont valu un légitime succès de tribune auquel nous sommes des premiers à applaudir. Peut-être cependant M. Trélat s'est-il trop complu à faire l'éloge de la thèse qu'il a écrite, il y a seize ans, sur ce sujet, et à laquelle il ne trouve, dit-il, à peu près rien à modifier encore aujourd'hui.

L'orateur a divisé son discours en deux points : 1° la nature et la marche de la nécrose; 2° la thérapeutique de cette maladie.

Sur le premier point, il a réclamé pour lui-même le mérite, revendiqué récemment par M. Richet, d'avoir montré que la nécrose phosphorée était consécutive à une ostéo-périostite, qu'elle consistait en une *ostéo-périostite progressive*. Sans voir rien de véritablement spécifique ni même de spécial dans les produits de la nécrose phosphorée, ni dans aucun des phénomènes de la maladie, néanmoins il ne saurait admettre l'opinion qui veut que cette nécrose n'ait absolument rien qui la distingue de toutes les autres. Elle a des traits particuliers qui lui donnent une physionomie propre et une place distincte dans le cadre de la nosologie chirurgicale.

Chemin faisant, l'orateur rectifie quelques propositions trop absolues de sa thèse de 1857. « Tant que le séquestre est immobile, disait-il dans cette thèse, la nécrose n'est pas limitée. » D'après les faits ultérieurs, et surtout d'après le fait si remarquable et jusqu'à présent unique, communiqué récemment à la Société par M. Tillaux, où l'on a vu le maxillaire inférieur tout entier former un séquestre invaginé complétement dans un os nouveau; aujourd'hui, il faut dire, avec une légère variante : Tant que le séquestre est immobile, *il y a lieu de craindre* que la nécrose ne soit pas limitée.

M. Trélat s'attache à définir ce qu'on doit entendre par les mots séquestre et par résection osseuse dont les sens multiples engendrent la confusion. Un *séquestre* est une portion d'os *séparée* de l'os vivant; une *résection* est une section dans les parties vivantes. On ne doit donc pas appeler résection une simple extraction de séquestre. M. Trélat s'élève avec force contre l'opinion professée aujourd'hui par l'école allemande, que la prompte extirpation du séquestre favorise la reproduction osseuse. La science possède de nombreux faits, et celui de M. Tillaux est le plus propre à porter l'évidence dans les esprits, dans lesquels, malgré le séjour prolongé des séquestres, la régénération osseuse s'est parfaitement accomplie. Ce n'est pas le séjour du séquestre qui trouble la reproduction osseuse, c'est l'intensité de l'ostéo-périostite du début.

De ces prémisses découlent, suivant M. Trélat, toute la thérapeutique de la nécrose phosphorée. Le chirurgien doit se hâter de faire des débridements, de larges incisions, les ouvertures d'abcès, les lavages, le drainage, etc., pour combattre l'ostéo-périostite et ses conséquences, dont le plus grave est l'épuisement des malades par l'abondance de la suppuration et leur empoisonnement par les liquides sanieux de la bouche.

Le meilleur moyen à employer dès le début, c'est de débrider largement la gaîne périostale dont l'inflammation est la cause des douleurs intolérables endurées par les malades.

Quant aux résections osseuses, c'est-à-dire aux sections dans les parties vivantes, dont le but serait, dans les idées de l'école allemande, de limiter la nécrose, M. Trélat les considère comme illusoires et funestes. Ces opérations hâtives, l'expérience l'a démontré, n'empêchent nullement la progression ultérieure du mal. Jamais, dit M. Trélat, il ne faut porter la scie sur des parties saines sous prétexte d'enlever un séquestre; en général, il faut attendre la limitation et la mobilisation du séquestre pour en pratiquer l'extirpation. C'est là le précepte général, celui auquel le chirurgien doit obéir dans les circonstances où la maladie suit sa marche ordinaire. Dans les cas où le chirurgien n'est plus libre de son choix, où des conditions impérieuses, dictées par l'état du malade, réclament une intervention urgente, il doit obéir aux indications. Mais établir en précepte général, comme le fait l'école de Bilroth, de pratiquer des opérations préventives contre des lésions qui n'existent pas encore, et avec la prétention de limiter une maladie fatalement progressive, c'est de la mauvaise chirurgie.

Après le discours de M. Trélat, M. Verneuil a demandé la parole pour déclarer qu'il se rangeait complétement aux opinions si bien exprimées par son collègue, qui pouvait hardiment se poser, dans cette question, comme le chef de file de l'école française contre les doctrines de l'école allemande.

— M. Tillaux a clos la séance par la présentation d'un petit enfant qu'il a débarrassé d'une tumeur érectile énorme au moyen de cautérisations multiples avec un stylet chauffé au rouge. Cet enfant était venu au monde avec une simple tache érectile sur la peau de la partie postérieure du cou. Cette tache devint rapidement une tumeur, laquelle ne cessa de grossir au point que, le dix-huitième jour après la naissance, elle avait acquis le volume d'une grosse orange mandarine.

M. Tillaux a fait une série de cautérisations avec un stylet porté à la chaleur rouge, qu'il introduisait dans la tumeur, de la circonférence au centre, de manière à les faire converger vers un point central comme les rayons d'une roue. Il a pratiqué ainsi, dans l'espace de deux mois environ, une trentaine de cautérisations convergentes, une tous les jours ou tous les deux jours. Ces cautérisations ont déterminé au centre de la tumeur la formation d'une sorte de cratère qui a suppuré abondamment, en même temps que la tumeur est entrée en pleine et entière résolution. Aujourd'hui, il ne reste plus de cette énorme tumeur érectile que la trace de la cicatrice du cratère. Ce résultat, plus brillant que n'osait l'espérer le chirurgien, fait le plus grand honneur à M. Tillaux, et doit encourager les praticiens à mettre en pratique, dans des cas semblables, une aussi excellente méthode.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA GOUTTE. — GALTIER-BOISSIÈRE.

On fait préparer de la teinture de colchique avec une partie de semences de colchicum autumnale et huit parties d'alcool à 33°, et on donne le premier jour, pour combattre l'attaque de goutte aiguë, 32 gouttes de teinture. On administre 8 gouttes à la fois, de deux en deux heures, dans une petite tasse de thé, ou mieux de café faible. Le lendemain on ne continue pas le colchique, et on fait prendre au malade, en quatre fois, de deux en deux heures, 1 gramme de sulfate de quinine, additionné de quelques gouttes d'eau de Rabel, et délayé dans une tasse de café léger. Le troisième jour, on donne 40 gouttes de teinture de colchique, le quatrième jour, 1 gramme de sulfate de quinine, et le cinquième jour, 50 gouttes de teinture, c'est-à-dire chaque fois un quart en plus. On s'arrête aussitôt qu'il se manifeste une diaphorèse et une diurèse abondantes, qui, le plus souvent, sont suivies d'une notable diminution de douleurs. Mais jamais on ne dépasse la dose de 6 grammes par jour, prise en quatre fois, à quatre heures d'intervalle. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 16 DÉCEMBRE 1651.

Élias Bida passe sa thèse de docteur à la Faculté de médecine de Paris. Cela n'a rien de bien intéressant; mais ce qui l'est plus, c'est que Élias Bida se disait *sieur Des Fougerais et de la Gaurmandière*. Ces titres choquèrent singulièrement nos pères, qui forcèrent le récipiendaire à les effacer. Ils s'appuyaient, pour agir ainsi, sur un décret par eux rendu le 24 janvier 1615, et aux termes duquel les candidats devaient se contenter d'imprimer au vif leurs noms et prénoms.

Je note ce décret parmi les bons que nos pères ont promulgués. — A. Ch.

COURRIER

MOUVEMENT DANS LES HÔPITAUX. — MM. Pidoux, Marrotte, Cazalis, Barthez, ayant donné leur démission de médecins des hôpitaux, ou étant arrivés à leur limite d'âge, l'Administration ayant, de plus, supprimé une des deux places de médecin de l'hospice d'Ivry et créé une nouvelle place de médecin à l'hôpital Saint-Antoine, le mouvement suivant aura lieu le 1er janvier 1874 dans les divers hôpitaux :

M. Woillez, médecin de Lariboisière, remplace à la Charité M. Pidoux;
M. Gombault, médecin de Saint-Antoine, remplace à la Pitié M. Marrotte;
M. Éd. Labbé, médecin d'Ivry, remplace M. Cazalis à la Maison de santé;
M. Cadet de Gassicourt, médecin de Saint-Antoine, remplace M. Barthez à Sainte-Eugénie;
M. Isambert, médecin de Saint-Antoine, remplace M. Woillez à Lariboisière;
M. Blachez, médecin de Lourcine, remplace M. Gombault à Saint-Antoine;
M. Proust, médecin de l'hospice Sainte-Périne, remplace M. Cadet de Gassicourt à Saint-Antoine;
M. Paul, médecin de la Direction municipale des nourrices, remplace M. Isambert à Saint-Antoine;
M. Brouardel, médecin du Bureau central, est nommé médecin de Saint-Antoine (place créée);
M. Lancereaux, médecin du Bureau central, remplace M. Blachez à Lourcine;
M. Cornil, médecin du bureau central, remplace M. Proust à Sainte-Périne;

M. Bouchard, médecin du Bureau central, remplace M. Paul à la Direction municipale des nourrices.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS. — Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 15 janvier 1874, *à deux heures précises*, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n° 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le mardi 16 décembre 1873 jusqu'au mardi 30 du même mois inclusivement, de *onze heures à trois heures de relevée*.

— Dans la séance du 13 décembre dernier, à l'Assemblée nationale, M. Bouisson a éloquemment présenté un amendement au budget du ministère de l'instruction publique, chapitre VII, article des Facultés de médecine :

« *Personnel.* — Il est alloué, en faveur de la Faculté de médecine de Montpellier :

« Un crédit annuel de 6,800 fr. pour le traitement du professeur titulaire d'une nouvelle chaire d'anatomie pathologique et d'histologie.

« Un crédit annuel de 3,000 fr. pour le traitement d'un agrégé chargé d'un cours d'histoire de la médecine.

« *Matériel.* — Il est alloué à la même Faculté un crédit de 100,000 fr. pour la création ou la mise en état de collections et laboratoires de tout ordre (bibliothèque, musée, cabinet de physique, laboratoires de chimie, d'anatomie normale et pathologique, de physiologie, d'hygiène, de médecine légale, jardin de botanique), plus une somme annuelle de 10,000 fr. pour le fonctionnement régulier des divers services. »

Sur les observations de M. le rapporteur qu'une augmentation de 30,000 fr. a été accordée à la Faculté de médecine de Montpellier, qui aura sa part, d'ailleurs, d'une allocation annuelle de 152,000 fr. faite aux Facultés, M. Bouisson a retiré son amendement.

Il en a été de même de l'amendement par lequel M. Paul Bert demandait une augmentation de 400,000 fr. pour la reconstruction de l'École supérieure de pharmacie, qui tombe en ruines.

UN MOYEN DE DIAGNOSTIC A L'USAGE DU CZAR PIERRE LE GRAND. — Voulant se rendre compte exactement de l'effet des eaux de Pyrmont, il fit saigner un ecclésiastique de sa suite avant et après la cure, et, comparant les deux sangs, il fit remarquer à ses courtisans combien le premier tiré était épais et presque blanc, tandis que le second était devenu du plus beau rouge, comme celui d'un homme en bonne santé. — Rapporté par M. Foucher de Careil dans la *Revue politique et littéraire*, 13 décembre 1873.

— Le personnel enseignant de l'Université de Varsovie se compose actuellement de 27 professeurs ordinaires, 20 professeurs extraordinaires, 20 agrégés, 5 lecteurs en langues étrangères et 4 prosecteurs. Au commencement de l'année courante, le nombre des étudiants s'élevait à 651, dont 38 dans les Facultés d'histoire et de philologie; physique et mathématiques, 84; droit, 247; médecine, 282. On comptait, en outre, 865 auditeurs libres.

— La Société de médecine de Paris, dans sa séance du 13 décembre 1873, a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1874 :

Président, M. Peter; — vice-président, M. Gallard; — secrétaire général, M. Charrier; — secrétaires annuels, MM. Gillette et Lolliot; — trésorier, M. Perrin; — archiviste, M. A. Voisin.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 12 décembre on a constaté 739 décès, savoir :

Variole, 3 décès; — rougeole, 11; — scarlatine, 4; — fièvre typhoïde, 17; — érysipèle, 12; — bronchite aiguë, 42; — pneumonie, 46; — dysenterie, 0; — diarrhée cholériforme des enfants, 1; — choléra infantile, 0; — choléra, 0; — angine couenneuse, 7; — croup, 16; — affections puerpérales, 6; — affections aiguës, 219; — affections chroniques, 300 (dont 154 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 41; — causes accidentelles, 14.

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 30 novembre au 6 décembre, 1,484. Variole, 0; rougeole, 118; scarlatine, 23; fièvre typhoïde 30; érysipèle, 8; bronchite, 248; pneumonie, 80; dysenterie, 0; diarrhée, 11; choléra nostras, 3; diphthérie, 3; croup, 22; coqueluche, 22; autres causes, 916.

ROME. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 21 au 30 novembre : 180. Fièvre typhoïde, 10; érysipèle, 0; bronchite, 8; pneumonie, 14; diphthérie et croup, 4; choléra, 0; autres causes, 144.

Le numéro de ce jour contient un Supplément de huit pages.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Que la raison, le bon sens et un peu moins d'ignorance de la science médicale préservent nos Académies des embarras que leur suscitent des legs, bien intentionnés sans doute, mais dont il leur est impossible de faire profiter la science et ceux qui la cultivent. Voyez quels ennuis procurent :

A l'Académie des sciences,

Le legs Bréant, de cent mille francs, pour qui découvrira le remède du choléra, legs qui n'a jamais été distribué, et dont l'Académie a même toutes les peines du monde à faire une dispersion équitable et légitime des seuls intérêts du capital ;

A l'Académie de médecine,

Le legs du marquis d'Argenteuil à donner tous les six ans (six mille francs), à qui fera disparaître les rétrécissements incoercibles du canal de l'urèthre, condition, paraît-il, bien difficile à remplir, car depuis un tiers de siècle le prix entier n'a été adjugé qu'une seule fois à un confrère qui, s'étant hâté de mourir après l'avoir obtenu, n'a pas laissé son secret à ses survivants ;

Le legs Barbier, de quatre mille francs, à qui trouvera, s'il vous plaît, le moyen de guérir une maladie réputée incurable. Franchement, la grandeur du but n'est pas en proportion de la récompense, et l'on conçoit que, devant son exiguïté, les concurrents deviennent de moins en moins sérieux.

Vient enfin le legs du marquis d'Ourches, dont il est beaucoup question en ce moment, soit vingt mille francs, à qui donnera un moyen simple, facile et pouvant être employé par de pauvres villageois sans instruction, pour constater la mort réelle ; — et cinq mille francs à qui inventera des moyens nouveaux ou perfectionnera des moyens connus de constater la mort réelle.

Le marquis d'Ourches paraît avoir été un homme prudent et connaissant bien les éventualités des affaires de ce monde. Il a fait de la philanthropie en instituant un prix considérable ; mais il a prévu que ce prix pouvait n'être pas gagné, et il a déterminé un délai de cinq ans après lequel, si l'Académie n'adjugeait pas le prix, la somme de vingt mille francs ferait retour à la succession.

Hélas ! c'est ce qui est arrivé, et il ne fallait pas être grand prophète pour le prévoir.

Comment un homme intelligent et instruit, comme a dû l'être M. le marquis d'Ourches, a-t-il pu s'imaginer qu'il serait jamais possible de mettre en possession d'un pauvre villageois un moyen simple et facile de distinguer la mort réelle de la mort apparente !

Les cent deux mémoires reçus par l'Académie n'y ont pas suffi ; et la commission dont M. Devergie a été l'organe a eu la douleur de déclarer que, ne pouvant décerner le prix de vingt mille francs à aucun concurrent, cette somme devait faire retour à la succession du noble marquis.

Mais la commission a cru devoir retenir la somme de cinq mille francs en la divisant sur plusieurs mémoires qui se sont plus ou moins approchés du but.

La discussion a été ouverte hier sur la partie scientifique du rapport de M. Devergie.

On s'attendait à de vifs débats, et le tout s'est borné à quelques réflexions fort justes d'ailleurs présentées par M. Colin sur la thermométrie comme pouvant fournir un signe certain de la mort réelle, ce que M. Colin a contesté. La commission a posé, comme principe, que la vie est impossible chez l'homme avec un abaissement de température au-dessous de 20 degrés. M. Colin s'est demandé où sont les faits, les expériences qui prouvent cette assertion, et il n'en trouve pas. L'analogie lui est contraire ; ainsi les animaux hibernants présentent une température presque égale à celle du milieu dans lequel ils sont engourdis, et cependant ils vivent. Les reptiles, les batraciens, les poissons vivent dans des températures bien inférieures à 20°. La seule condition de la persistance de la vie, a ajouté M. Colin,

c'est la persistance de la respiration. Chez les hibernants, il existe encore une ou deux inspirations par minute, et elles suffisent pour maintenir la température de l'animal à un degré compatible avec la vie.

Alors a failli être soulevée la grande question de la calorification agitée récemment dans une autre enceinte. On a cru que M. Colin en était resté à la doctrine de Lavoisier, ce dont il s'est vite défendu en montrant qu'il était au courant des doctrines nouvelles qui placent un peu partout dans l'organisme le siége de la calorification, tout en reconnaissant néanmoins que l'oxygène est indispensable au phénomène, et que le poumon est la porte d'entrée de l'oxygène.

Ce qui est résulté jusqu'ici de plus clair de la compétition suscitée par le prix d'Ourches, c'est que les seuls signes positifs de la mort réelle sont toujours la rigidité cadavérique et la putréfaction; et que, selon la réflexion très-juste de M. Colin, le marquis d'Ourches eût été mieux inspiré en renversant le progamme de son prix, en ne demandant pas les signes de la mort réelle, mais en demandant les signes de la mort apparente.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

TUBERCULOSE (PNEUMOPHYMIE) CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 16 ANS; — EMPLOI DU PHOSPHATE DE CHAUX; — GUÉRISON.

Par le docteur Alphonse Mouchot, à Delme (Meurthe).

Une jeune personne âgée de 16 ans, d'une constitution primitivement robuste, bien réglée, ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'automne précédent, avait, depuis cette époque, presque totalement perdu l'appétit; chaque jour son embonpoint et ses forces avaient diminué; une petite toux sèche avait paru, accompagnée de rares crachats striés de sang, état qui persistait encore lors de mon premier examen.

Visitée une première fois par un docteur de la localité qu'elle habitait alors, on lui avait prescrit les préparations martiales et le vin de quinquina, et une nourriture substantielle. Malgré cette thérapie fortifiante, sa position, disait-elle, semblait toujours s'aggraver, quand je la vis le 13 avril 1872.

Voici ce que je constatai par l'examen minutieux auquel je la soumis : Au toucher, la peau donnait une sensation sèche, brûlante, légèrement fébrile.

Percutant la poitrine avec un soin extrême par le plessimétrisme, je déterminai, sur le sommet du poumon droit, un point sclérosique dans l'étendue de quelques centimètres; le son était obscur et la résistance au doigt très-marquée. A l'auscultation, la respiration était rude et prolongée à l'expiration. Le poumon gauche était parfaitement sain dans toute son étendue. Ne voulant rien laisser au hasard et m'assurer si j'avais là un point sclérosique ou une simple congestion du poumon droit, je fis exécuter successivement, et dix fois de suite, à la malade des inspirations profondes et accélérées. Percutant ensuite sur le sommet du poumon droit, je trouvai toujours la matité sur la même étendue qu'auparavant. Je n'avais donc pas affaire à un simple état congestif, puisque, sous l'influence de l'hyperpnéisme, la matité n'avait pas diminué. (Grande loi physiologique établie par M. le professeur Piorry, trop souvent méconnue ou ignorée du plus grand nombre des médecins, et cependant si utile pour éclairer la diagnose.)

Poursuivant l'investigation des autres organes, je percute le foie, qui me donne un volume très-faible, 10 centimètres de haut en bas, dépassant seulement de 2 centimètres par delà la ligne médiane. Le cœur n'offre à la percussion qu'une dimension de 9 centimètres d'un côté à l'autre et 8 centimètres de haut en bas, état parfaitement en rapport avec l'hydrémie de la malade. La rate mesure 6 centimètres sur 12 centimètres. Aussi la jeune malade éprouve-t-elle chaque soir un redoublement fébrile, avec une légère moiteur de tout le corps. L'estomac et l'intestin donnent un son gazique en rapport avec les digestions laborieuses. Les reins présentent les dimensions normales.

Rien à noter du côté de l'utérus et des ovaires, sinon que les règles ont une longue durée, le sang en est pâle et décoloré, assez semblable à de l'eau rougie.

Le système nerveux ne présente rien d'anormal; seulement, la jeune fille est d'une humeur plus impressionnable. On note quelques névralgies intercostales.

Des états organo-pathologiques précédents, je conclus que le traitement doit être éminemment réparateur. Aussi ordonnai-je :

1° Le phosphate de chaux neutre précipité à la dose variable de 5 à 10 grammes par jour dans un peu de bouillie au riz.

2° Un exercice modéré et des courses dans les bois par les beaux jours. Comme la malade pouvait se livrer à une certaine dépense de forces physiques, j'ordonnai l'excellente huile de foie de morue Cuening (je ne l'aurais certes pas prescrite, comme trop souvent le font nos confrères, si la malade eût tenu le lit, parce qu'une condition essentielle de l'action thérapique de l'huile de foie de morue, c'est qu'elle soit brûlée dans l'économie et non accumulée).

3° Matin et soir, quelques cuillerées à bouche de vin de quinquina avant les repas.

4° Pratiquer l'hyperpnéisme plusieurs fois de suite, et souvent dans la journée.

5° La mégalo-splénopathie fut combattue, chaque fois qu'elle fut constatée, par 2 cuillerées à bouche d'alcoolé de quinine.

6° Régime réparateur consistant en viandes grillées, œufs, poissons, légumes frais, etc.; quelque peu de vin généreux provenant des riants et fertiles coteaux de notre chère Bourgogne, bien supérieur, à mon avis, au vin de Bordeaux, et surtout aux pâles vins du commerce que l'on boit sous ce nom dans nos contrées.

Un mois de ce traitement si en rapport avec les états pathologiques désignés, et non dirigé contre une entité imaginaire (diathèse tuberculeuse), j'eus le bonheur de voir les accidents s'amender. La matité du sommet du poumon était moins étendue, la résistance au doigt moins sensible.

A partir de ce moment, l'amélioration se fit graduellement, si bien que, trois mois et demi après le commencement du traitement, la matité avait complétement disparu. La malade avait repris ses couleurs et un embonpoint raisonnable. Les règles étaient beaucoup plus faciles; la santé semblait presque revenue. Je supprimai alors l'huile de foie de morue; je fis encore continuer le phosphate de chaux pendant trois mois; depuis lors, j'ai eu occasion d'examiner la jeune malade, et je n'ai rien trouvé du côté du poumon. La santé est restée bonne; toutefois, je lui conseille de faire usage encore de temps à autre, pendant une semaine ou deux, de phosphate de chaux. Laisser alors le médicament pour le reprendre un peu plus tard, et alternativement.

Je ne rechercherai point si on doit rapporter la guérison à un des moyens employés plutôt qu'à un autre; je crois que tout l'ensemble du traitement y a concouru, bien que dans mon esprit le phosphate de chaux doive avoir la plus grande part; ce médicament, depuis quelques années, semble s'imposer à la thérapie générale. Il y a seulement cinq ou six années, nous étions plaisanté par nos condisciples quand, d'après les idées de notre maître, M. le professeur Piorry, nous parlions du phosphate de chaux dans les affections où il est indiqué : rachisophymie, pneumophymie, ostéo-malacie, etc. A peine quelques années se sont écoulées et les spécialités pleuvent de tous côtés, chacun vous présente le phosphate de chaux comme le reconstituant le plus énergique de l'économie. Le phosphate de chaux est peu soluble, je l'accorde, mais, toutefois, comme le démontre cette observation ainsi que beaucoup d'autres que je pourrais publier, les nombreuses observations contenues dans le *Traité de plessimétrisme* prouvent que si peu soluble que soit le médicament, il l'est assez pour faire obtenir des guérisons.

Du reste, il y a trente ans que M. Piorry administrait le phosphate de chaux ou de la râpure d'os dans son service à l'hôpital de la Pitié. Il rappelle 9 observations de maladies des os avec guérison ou amélioration (voir le 8e volume du *Traité de médecine pratique*, publié en 1858) par l'emploi du phosphate de chaux, et on peut lire au n° 12,508 du même ouvrage : « Les tumeurs de la colonne vertébrale désignées sous le nom de mal de Pott sont généralement considérées comme présentant une extrême gravité; malgré l'application réitérée de cautères, malgré l'emploi de médicaments amers et toniques, presque toujours nous avons vu, dans notre service ou dans celui des autres médecins, la rachysophymie suivie de paraplégie, de dermonécrosie sacro-coccygienne et de mort. Depuis six ans, au contraire, que nous employons à l'intérieur, à des doses assez élevées, le phosphate de chaux et l'iodure de potassium, nous avons obtenu des succès fort remarquables. »

Si nous ouvrons de nouveau le *Traité de médecine pratique*, n° 12,487, nous lisons : « L'estomac contient de l'acide chlorhydrique qui, étendu d'eau, enlève

aux os leurs parties salines, et les réduit, après une macération prolongée, à leur trame fibro-gélatineuse, etc. »

Voilà cependant ce qui était écrit et professé à l'École de Paris depuis plus de trente ans dans un grand service hospitalier de Paris. Il faut arriver presque à ces dernières années pour que le public médical semble s'en douter.

Je sais que le mauvais vouloir de gens mieux placés que l'illustre maître, que la science et l'histoire impartiales confondront avec la sympathique mémoire du grand Laënnec, ont cherché à mettre sous le boisseau un grand nombre de ses belles applications cliniques et thérapiques. Souvent l'on fouille dans ses ouvrages sans le citer. La plupart de nos confrères acceptent cela sans protestation. Ne les accusons point; ce n'est pas mauvais vouloir, ils ne connaissent, pour le plus grand nombre, du maître que le nom.

Les contemporains, presque tous ses rivaux, ont garde de revendiquer en son nom. Les plus jeunes ont entendu dire sur les bancs de l'École, à des gens impuissants à lutter dans l'arène scientifique, ce que nous avons entendu trop souvent nous-même : « Que M. Piorry était un original pris de monomanie de percussion, de nomenclature, qui voyait les choses autrement que tout le monde, que sais-je ! etc. »

Mais rien n'entrave la marche du progrès et de la science; la justice arrive toujours pour ceux qui ont jalonné la route épineuse de la pathologie par des applications utiles aux mains de l'humanité.

Malgré les autorités si graves de MM. les professeurs Piorry et Gosselin, l'emploi du phosphate de chaux était pour ainsi dire lettre morte.

J'ai voulu publier cette observation dans tous ses détails, pour montrer qu'il n'est plus permis aujourd'hui d'hésiter à employer le phosphate de chaux dans les cas où il est indiqué, surtout depuis que l'on a des préparations plus fidèles de ce précieux médicament.

Si nous revendiquons énergiquement la priorité pour notre maître, il ne faudrait pas que, dénaturant notre pensée, on nous fît dire que M. Piorry a inventé le phosphate de chaux (comme nous avons entendu dire qu'il avait inventé la rate). Ce que nous affirmons, c'est que l'illustre inventeur de la percussion médiate est le premier qui ait fait usage rationnellement et thérapiquement de ce médicament.

On m'objectera peut-être que depuis longtemps il était employé dans la décoction blanche de Sydenham. Je répondrai qu'il n'y a aucune observation qui montre que cette préparation ait fait la base d'un traitement des affections qui nous occupent. D'ailleurs cette formule n'était guère usitée que, comme aujourd'hui (encore quand on l'utilise), contre le symptôme diarrhée.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDES SUR LE VIN, ses maladies, causes qui les provoquent, procédés nouveaux pour le conserver et le vieillir, par M. L. PASTEUR, membre de l'Institut. Deuxième édition, avec 32 planches imprimées en couleur et 25 gravures dans le texte. Paris, Savy, 1873. Un beau volume grand in-8° de 342 pages. — Prix : 18 fr.

La première édition de cet ouvrage a paru en 1866. Tirée à 3,000 exemplaires, elle était épuisée en deux ans. Ce succès s'explique par plusieurs raisons : d'abord par le retentissement considérable des discussions soulevées au sein de l'Académie des sciences à propos des générations spontanées, retentissement qui a fixé l'attention du public sur le nom et les travaux de M. Pasteur, — l'Académie des sciences est, en effet, un immense office de publicité ; — ensuite, par ce fait que, depuis le livre de Chaptal sur l'art de faire le vin, aucun ouvrage scientifique n'avait traité ce sujet.

Le volume de notre regretté confrère, le docteur Gaubert, paru en 1857 et intitulé : *Études sur les vins et les conserves*, très-intéressant au point de vue pratique et gastronomique, ne répondait pas à tous les *desiderata* de la science; les travaux du docteur Jules Guyot sont considérés comme s'appliquant plus à la vigne qu'au vin lui-même. L'auteur se préoccupait avant tout de la culture; M. Pasteur s'inquiète particulièrement du commerce; et, pour le dire en passant, le nom de J. Guyot n'est pas écrit une seule fois dans le livre de M. Pasteur;

enfin, par cette considération que l'industrie des vins est une des sources principales de la richesse de la France.

La superficie du sol français plantée en vigne représente plus de deux millions d'hectares, et elle s'accroît chaque année dans une proportion sensible. Ces deux millions d'hectares produisent annuellement de 60 à 70 millions d'hectolitres de vin, dont la valeur oscille entre 600 millions et un milliard de francs. Dans certaines contrées de notre pays, le sol et le climat sont si bien appropriés à la culture de la vigne, que le seul département de l'Hérault, par exemple, récolte plus de sept millions d'hectolitres de vin, trois fois plus que le royaume de Portugal. Malheureusement, le vin est sujet à de véritables maladies qui lui font perdre tout ou partie de sa valeur, et qui rendent extrêmement aléatoires les transactions commerciales qui le concernent. On conçoit quelle ardeur de curiosité, quel intérêt ont dû accueillir un ouvrage dans lequel l'auteur affirme que toutes les altérations du vin ne reconnaissent qu'une même cause, et qui annonce un moyen très-simple et, au résumé, peu dispendieux, de l'en préserver à tout jamais.

Enfin, il n'est que juste de mentionner, parmi les conditions de succès de ce livre, les soins exceptionnels qui ont été donnés par l'éditeur, tant à la typographie et au papier qu'aux nombreuses gravures qui l'illustrent. Ces gravures, dessinées d'après nature et coloriées par M. Lackerbauer, représentent les altérations du vin vues au microscope. Pour les personnes qui n'ont pas l'habitude de cet instrument, elles sont un guide inappréciable, et, pour les micrographes, elles sont tout à la fois une économie de temps, puisqu'elles les dispensent de chercher à voir sur le porte-objet les microzoaires dont parle le texte, et la démonstration du degré extraordinaire de fidélité que peut obtenir la reproduction du champ du microscope. A elles seules, les trente-deux planches imprimées en couleur justifieraient l'empressement des acheteurs. Les vingt-cinq gravures sur bois intercalées dans le texte, et qui servent à faire comprendre les divers appareils de chauffage employés pour la conservation des vins, sont également d'une utilité indispensable pour tous ceux qui voudront essayer de cette méthode.

Les gravures dont il est question ici sont dues à M. Duclos, et toute la partie qui concerne le chauffage a été rédigée par M. Raulin, ancien élève de M. Pasteur et lauréat de l'Institut.

Quatre maladies principales attaquent les vins :

1° L'*acescence*, dans laquelle les vins deviennent acides, se *piquent*, aigrissent ; c'est tout un ;

2° La *pousse*, c'est la maladie des vins qui *tournent*, qui montent ;

3° La *graisse*, qui rend les vins filants et huileux ;

4° L'*amertume*, qui dénature complétement leur parfum, et s'attaque de préférence à nos meilleurs crus.

Toutes ces maladies ont pour résultat final de faire disparaître le goût particulier du vin, la première en transformant son alcool en vinaigre, la seconde en affadissant complétement son goût et provoquant la formation de dépôts floconneux qui demeurent suspendus dans le liquide. La graisse est fréquente, surtout pour les vins blancs, qu'elle rend insipides au goût et filants comme de l'huile. Enfin, l'amertume provoque particulièrement des dépôts adhérents aux parois des vases, en même temps qu'elle communique au vin une saveur particulière des plus désagréables.

M. Pasteur a découvert que toutes les altérations ou maladies des vins étaient le résultat de l'action physiologique d'une foule de végétaux microscopiques dont les vins recèlent les germes. Les germes des mycodermes, placés dans un milieu favorable que le vin leur offre trop fréquemment, deviennent des ferments dont l'activité attaque les divers principes du vin, et les transforment de manière à rendre ce précieux liquide impropre à la boisson de l'homme.

Le vin altéré est presque sans valeur, et l'on peut affirmer hardiment que les diverses maladies des vins imposent chaque année à la France la perte de centaines de millions.

Dans la première partie de ces études, l'auteur passe en revue les états particuliers que nous avons énumérés plus haut : l'acescence, la pousse, la graisse, l'amertume, et il les rapporte à la vie et au développement d'organismes spéciaux dont il a fait graver les figures vues au microscope.

Dans la deuxième partie, il expose que le vieillissement du vin est dû à l'action directe, lente et continue de l'oxygène de l'air sur les principes de ce liquide, et il justifie, à l'aide de sa théorie, la plupart des pratiques auxquelles ont été empiriquement conduits les vignerons et les tonneliers.

La troisième partie contient tout ce qui a rapport à l'application du chauffage, à la conservation et à l'amélioration des vins. Enfin, dans une quatrième partie, l'auteur a rassemblé un grand nombre de notes et de documents propres à intéresser le lecteur.

Les divers chapitres dont sont composées ces *Études sur le vin* ont, presque tous, paru

déjà sous forme de mémoires adressés à l'Académie des sciences, et ont été au moins mentionnés dans les bulletins que consacre hebdomadairement l'UNION MÉDICALE à ce qui se passe à l'Institut. J'ai donc, pour ma part, à l'occasion des travaux de M. Pasteur, présenté des observations et formulé des réserves qu'il serait fastidieux de répéter aujourd'hui. Je les résumerai en aussi peu de mots que possible.

Il faut bien distinguer deux choses dans l'œuvre de M. Pasteur : un fait, et l'explication de ce fait.

Le fait, c'est que le chauffage conserve le vin. A qui revient le mérite d'avoir trouvé ce fait? On ne le sait pas. La pratique du chauffage se perd dans la nuit des temps. Il en est question dans Columelle et dans Caton. Sans remonter si loin, il est certain que dans le premier quart de ce siècle, Appert appliquait le chauffage à la conservation des vins, et il indiquait le degré de température (70°) auquel il fallait porter le vin pour qu'il ne s'altérât plus. Cela, d'ailleurs, est reconnu très-explicitement par M. Pasteur lui-même, qui écrit, p. 136 : « Pour moi, le mérite que je revendique est d'avoir prouvé la vertu très-réelle de la méthode d'Appert appliquée au vin. » Le mot « prouvé » est impropre; la vertu de la méthode d'Appert était prouvée par les expériences d'Appert lui-même; si bien prouvée, que le 16 août 1827, M. Gervais prenait un *brevet pour l'amélioration des vins, des eaux-de-vie et autres liqueurs vineuses en les faisant passer dans des tuyaux aplatis qui sont en contact avec l'eau chaude.* Ce n'est donc pas une preuve qu'a donnée M. Pasteur, c'est une explication, ainsi que je le disais plus haut.

L'explication, on la connaît : Le chauffage tue les mycodermes qui, seuls, causent les altérations du vin.

C'est à propos de cette explication qu'il me paraît légitime de présenter quelques observations. On sait quelle fin de non-recevoir a été constamment opposée par M. Pasteur à toutes les expériences des hétérogénistes, que ces expériences eussent pour objet des infusoires ou des ferments : « Il existe des germes partout, et ces germes résistent à une température de 100, voire de 150 degrés. »

Voilà le thème; à tous les faits positifs qu'allèguent M. Pouchet ou ses élèves, M. Pasteur répond invariablement par ces deux objections : « Vous n'avez pas pris d'assez minutieuses ni d'assez sévères précautions contre le contact de l'atmosphère, ou vous n'avez pas suffisamment élevé la température. » C'est bien; mais, pour le vin, tout change. Les organismes vivants qui le rendent malade sont détruits, à tout jamais détruits, par une température de 55° dont l'influence ne s'est fait sentir que pendant quelques secondes!

Quand je dis : « à tout jamais détruits, » j'entends que le vin, après avoir été chauffé un instant à 55°, possède la faculté, absolument miraculeuse, d'éloigner à tout jamais les germes et les ferments qui, cependant, se trouvent partout et que l'atmosphère sème sans relâche. Je ne fais, en cela, que répéter une affirmation de M. Terrel des Chênes, insérée dans le livre de M. Pasteur, et que celui-ci prend à sa charge, puisqu'il la cite avec éloges (p. 192-194). Deux bouteilles contenant l'une du vin chauffé, l'autre du vin non chauffé, sont placées *débouchées* et à moitié vides sur une fenêtre de cave. Après trois mois et demi, le vin chauffé n'a pas subi la moindre altération; l'autre n'existe plus comme vin. Au bout de quatorze mois, l'expérience donne le même résultat.

Rapprochons tout de suite de cette expérience une autre expérience de Gay-Lussac, rapportée à la page 80 du livre que nous examinons. Gay-Lussac prend une cloche dans laquelle il introduit de petites grappes de raisin parfaitement intactes, et, après l'avoir renversée sous le mercure, il la remplit cinq fois de suite avec du gaz hydrogène pour chasser les plus petites portions d'air atmosphérique. Après cela, il écrase le raisin dans la cloche au moyen d'une tige de fer. Vingt-cinq jours après, la fermentation ne s'était pas manifestée, tandis qu'elle s'était déclarée le jour même dans un moût auquel on avait ajouté un peu d'oxygène : « Pour m'assurer, dit Gay-Lussac, que c'était à cause de l'absence de ce gaz que la fermentation ne s'était pas manifestée dans la première cloche, j'y ai introduit un peu d'oxygène, et peu de temps après elle a été très-vive. »

Voici maintenant de quelle manière M. Pasteur commente cette expérience : « Il me paraît certain, écrit-il, page 81, que c'est le ferment qui exige la présence de l'oxygène pour passer de l'état de germe à la forme cellulaire adulte, propre à se multiplier ensuite par bourgeonnement en dehors de toute influence de ce gaz. Dans l'expérience de Gay-Lussac, *le ferment était à l'état de germe, soit sur les parois de l'éprouvette, soit dans les impuretés dont le mercure est souillé, soit à la surface des grains de raisin.* Sous l'influence de l'oxygène, ce germe, *encore inconnu dans sa véritable forme*, devient cellule, ferment, etc., etc.)

Ainsi, voilà qui est entendu : ce germe encore inconnu dans sa forme, ce germe que M. Pasteur peut toujours invoquer à l'appui de ses théories, même là où l'on ne voit rien du tout, ce germe, invisible, incombustible, qui frappe de nullité, selon l'argumentation Pasteur,

toutes les expérimentations des Écoles de Rouen et de Toulouse, ce même germe passe pendant quatorze mois au-dessus des bouteilles débouchées de M. Terrel des Chênes et n'y tombe pas. Il suffit que le vin contenu dans ces bouteilles ait été *pasteurisé*, selon l'expression de M. des Chênes (pastorisé vaudrait mieux), c'est-à-dire chauffé à 50 degrés pendant quelques secondes, il y a quatorze mois, pour que le germe des ferments en soit exclu pour toujours. N'est-ce pas, comme je le disais, absolument miraculeux?

En résumé, la conservation et l'amélioration des vins par le chauffage n'appartient pas à M. Pasteur. Lui-même en rapporte tout le mérite à Appert.

Ce qui appartient à M. Pasteur, c'est l'explication de l'action du chauffage sur la conservation des vins.

En l'état actuel des choses, cette explication est purement hypothétique, puisqu'elle repose sur l'existence de germes que personne n'a jamais vus et qu'aucun instrument ne peut déceler. En admettant, d'ailleurs, la parfaite légitimité de cette hypothèse, la conservation indéfinie des vins, dans les conditions précitées, serait encore incompréhensible.

Tout cela n'empêche pas le volume édité par M. Savy d'être un très-beau volume, et les planches imprimées en couleur par M. Lackerbauer d'être merveilleusement intéressantes.

Dr Maximin LEGRAND.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 décembre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Romanowski sur le choléra.

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Dupré. (Accepté.)

3° Une lettre de M. le docteur Guillery, sur les perfectionnements qu'il a ajoutés aux attelles qu'il a dernièrement présentées à l'Académie.

—

M. Théophile ROUSSEL présente, de la part de M. Paul Bert, un projet de loi relatif à l'enseignement supérieur.

M. LARREY dépose sur le bureau un exemplaire des *Mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse.*

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. De la Rive (de Genève), membre correspondant.

—

M. Jules LEFORT, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

M. BERNUTZ lit le rapport sur le concours pour le prix Itard. Dans le nombre des ouvrages adressés à l'Académie, deux seulement se trouvaient dans les conditions imposées par le fondateur, qui a voulu que ce prix fût décerné au meilleur ouvrage ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée, ayant au moins deux ans de publication. Le rapporteur analyse ces deux ouvrages. Les conclusions de son rapport seront lues et discutées en comité secret.

M. DEVILLIERS lit le rapport sur le prix Capuron. Les conclusions de ce rapport seront également lues et discutées en comité secret.

—

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Devergie.

M. COLIN demande à faire quelques observations à propos de certaines propositions contenues dans deux des mémoires analysés, et qui lui paraissent être de véritables hérésies physiologiques.

L'auteur du mémoire n° 11, dans lequel il est question de la rigidité cadavérique et de la tache scléroticale comme signes certains de la mort, semble prétendre que l'œil se putréfie le premier, après la mort, et donner comme signe de putréfaction le plissement de la sclérotique. Évidemment, il a confondu un phénomène d'exosmose pure avec un signe de putréfaction, car les liquides et les tissus qui constituent l'œil, dans cet état de plissement de la sclérotique, ne présentent aucun signe de décomposition cadavérique. Si l'auteur s'est trompé à ce point sur un phénomène aussi évident que la tache sclérotical, à plus forte

raison convient-il de mettre en doute l'exactitude de ses observations au sujet des phénomènes plus délicats de la contractilité fibrillaire et de la rigidité cadavérique.

L'autre mémoire, qui a paru à M. Colin contenir également des hérésies physiologiques, est celui qui traite de l'application de la thermométrie à la détermination de la mort réelle.

Suivant l'auteur de ce mémoire, récompensé par la commission, le refroidissement progressif du corps constaté par le thermomètre devient un signe certain de la mort lorsque la température est descendue à 22° et au-dessous. M. Colin affirme que l'animal en état de mort apparente se refroidit, à peu de chose près, de la même manière que l'animal mort. Il a fait, à cet égard, de nombreuses observations et des expériences comparatives qui ne lui laissent aucun doute. D'ailleurs, il est facile de comprendre qu'un individu en état de mort apparente, et qui, par conséquent, ne respire pas, doit se refroidir, puisque les actes chimiques qui se passent dans l'organisme, et qui sont la source de la chaleur animale, ne s'accomplissent plus ou s'accomplissent d'une manière insuffisante pour maintenir la température du corps au-dessus de la température ambiante. C'est ce qui arrive aux animaux hibernants, marmotte, hérisson, etc., qui, plongés dans un milieu refroidi à 8 ou 10 degrés, engourdis par le froid, et ne respirant plus qu'une ou deux fois par minute, peuvent à peine maintenir leur chaleur naturelle à 1 ou 2 degrés au-dessus de celle du milieu ambiant.

Dans tous ces cas, le refroidissement de l'animal en état de mort apparente a lieu comme sur le cadavre. Il en est de même dans les expériences où, immédiatement après avoir tué un animal, on établit la respiration artificielle pour étudier les mouvements du cœur. Malgré la persistance des mouvements du cœur et de la circulation générale, l'animal se refroidit progressivement dans une proportion énorme et de la même manière qu'un cadavre ordinaire. Le thermomètre ne peut donc, suivant M. Colin, donner aucune indication qui permette de distinguer la mort réelle de la mort apparente.

M. Giraldès attaque les conclusions contenues dans le mémoire relatif à l'application de l'ophthalmoscope à l'examen du fond de l'œil pour tirer de cet examen un signe de mort réelle. L'auteur parle de *décoloration* de la rétine comme signe certain de la mort. M. Giraldès fait observer que la rétine est une membrane absolument transparente comme le cristal, et, par conséquent, non susceptible de subir le phénomène de la décoloration.

M. Devergie répond que l'auteur du mémoire a donné l'absence de la coloration de la rétine, coloration qui existe pendant la vie par le fait de la circulation du sang, comme un signe de la cessation de circulation capillaire dans cette membrane et, par conséquent, comme un signe certain de la mort.

M. Gavarret ajoute que l'auteur du mémoire est un savant trop distingué et trop versé dans les connaissances anatomiques pour ne pas savoir que la rétine est une membrane transparente. Le mot *décoloration* doit donc s'appliquer à l'état du fond de l'œil après la mort.

M. Colin fait remarquer que les termes de la question posée par feu le marquis d'Ourches auraient dû être posés autrement. Au lieu de mettre en question les signes de la mort réelle, il eut fallu, suivant lui, s'attacher à chercher les signes de la mort apparente. Les concurrents qui ont cherché à démontrer la persistance de la vie par l'existence de signes indiquant la conservation de la circulation capillaire ou de la contractilité musculaire ont été le mieux inspirés. C'est dans cette voie qu'il fallait s'engager. Il fallait trouver un moyen certain de reconnaître d'une manière certaine et indubitable la persistance de la circulation ou de la contractilité musculaire, signes certains de la persistance de la vie.

M. Gavarret partage l'opinion exprimée par M. Colin. Si l'auteur du mémoire relatif à l'application de l'ophthalmoscope avait pu, pour sa démonstration de la persistance ou de la non-persistance de la circulation capillaire, trouver un organe autre que l'œil, dont la transparence se perd si rapidement, il eût remporté le prix.

Quant à l'objection de M. Colin, au sujet de l'application du thermomètre à la détermination de la mort réelle, M. Gavarret ne saurait partager l'opinion exprimée par son collègue. Sans doute il n'est pas douteux que l'altération des phénomènes de la respiration n'entraîne nécessairement avec elle le trouble de la faculté de produire de la chaleur. Les animaux en état de mort apparente se refroidissent, il est vrai, de la même manière que les cadavres. Mais, en mettant de côté les animaux hibernants qui sont une exception, il faut reconnaître que chez les animaux supérieurs les grandes variations de température ne sont pas compatibles avec la vie, et qu'il y a un degré au-dessous duquel la température de l'homme ne peut s'abaisser sans que la mort en soit la conséquence inévitable. Il n'y a, par exemple, aucun fait dans la science qui prouve qu'un individu dont la température est descendue au-dessous de 22° ou de 20° ait pu survivre.

M. Colin répond qu'il n'y a pas non plus d'observation positive qui démontre qu'un individu, dont la température serait descendue à 22° ou à 20°, ne soit pas susceptible de revenir

à la vie. Sans doute il n'est pas possible de faire sur l'homme une expérience de ce genre. Mais, en l'absence de faits positifs d'observation, il n'est pas permis de conclure.

M. Colin a fait de nombreuses expériences sur des animaux, en particulier sur des lapins qu'il entourait d'enduits imperméables et qu'il plongeait ensuite dans une eau à la température de + 15° C. Au bout d'un certain temps, la température de ces animaux, constatée par l'introduction du thermomètre dans le rectum, s'était abaissée au-dessous de 20°, de manière à n'être que de quelques degrés à peine supérieure à celle du liquide dans lequel ils étaient plongés, et cependant ces animaux ont survécu. Rien ne prouve que des individus trouvés dans les neiges des montagnes, engourdis par le froid et réduits à l'état de mort apparente, et que l'on a pu ranimer à force de soins, eussent au moment où ils ont été trouvés une température supérieure à 20°.

M. CHAUFFARD appuie les observations que vient de présenter M. Colin. Il pense que le caractère tiré de la thermométrie, au point de vue de la détermination de la mort réelle, n'a rien de rigoureusement et de scientifiquement certain. Dernièrement une femme est trouvée sur la voie publique, mise, par le froid et l'ivresse, dans un état de mort apparente. Elle est transportée à l'asile Saint-Anne où l'on constate, par l'introduction du thermomètre dans le vagin ou dans le rectum, que sa température animale est descendue à 26°. Malgré cet énorme abaissement de la température générale, cette femme a pu être rappelée à la vie. Qui pourrait dire avec certitude que la persistance de la vie est impossible à une température inférieure à celle dont il est question ici? Quand il s'agit d'un écart de quelques degrés seulement le doute semble permis. Ce qui manque dans les travaux analysés par M. le rapporteur, ce sont des observations positives faites sur des individus en état de mort apparente. L'abaissement de la température au-dessous de 22 ou même de 20° n'est pas un signe certain de la mort.

MM. GAVARRET et BÉCLARD font observer que la commission ne donne pas l'abaissement de la température au-dessous de 22 ou de 20° comme un signe certain de mort réelle. Elle s'est bornée à dire que, jusqu'à ce jour, il n'y avait pas d'exemple d'individus ayant pu survivre après un abaissement de leur température animale au-dessous de 20°.

M. GUBLER n'admet, pas plus que M. Colin, la valeur de la tache scléroticale comme signe de la mort réelle. Il a eu l'occasion d'en constater l'existence indubitable et certaine chez un certain nombre de cholériques plusieurs heures avant la mort.

M. DEVERGIE, rapporteur, résume les objections dont son travail a été l'objet ; il défend les conclusions de la commission.

— A cinq heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions des rapports de MM. Devergie, Bernutz et Devilliers, et pour les discuter.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 3 décembre 1873. — Présidence de M. GIRAULT.

Du placement des aliénés dans les asiles publics du département de la Seine.

RAPPORT lu à la Société médico-pratique de Paris, au nom d'une commission composée de MM. DE RANSE, DONADIEU et COLLINEAU, et adopté par la Société.

Messieurs,

Dans la séance du 22 octobre dernier, M. Donadieu a donné communication à la Société d'une observation dont l'intérêt administratif ne le cède pas à l'intérêt purement médical.

Sous le premier point de vue particulièrement, en voici le résumé :

— Douze jours après un accouchement dont le travail et les suites avaient eu une évolution régulière, Mme X..., âgée de 25 ans, fut, au contre-coup d'une émotion futile, prise de délire. — Stupeur extatique, incohérence des idées, préoccupations sinistres, agitation automatique, état fébrile. — La fièvre ne tarda pas à tomber; mais le délire, l'agitation et l'indocilité persistant, il fallut se résoudre à provoquer l'admission de la malade dans un asile public d'aliénés.

Or, les formalités préliminaires une fois remplies, le certificat médical et le rapport du commissaire de police du quartier dressés, une injonction de l'autorité obligea la famille à conduire Mme X... au dépôt de la préfecture de police. Là, elle dut séjourner dans une cellule plusieurs heures, isolée des siens, et livrée aux sombres suggestions qui l'assaillaient, en attendant l'autorisation de transférement à l'asile Sainte-Anne.

Il avait été impossible, malgré des démarches réitérées, de soustraire cette femme, encore sous l'influence de la puerpéralité, à une exigence administrative dont le résultat fut non-seulement de redoubler l'affliction de sa famille, mais d'exercer sur son esprit troublé une impression pénible et persistante.

Dans la soirée, Mme X... fut transférée au bureau de répartition de l'asile Sainte-Anne. Lors de son arrivée, la fièvre s'était rallumée; le souvenir de son séjour à la préfecture se mêla longtemps à ses conceptions délirantes.

Au bout de trois semaines environ, elle succomba.

L'autopsie a révélé l'existence de lésions considérables (état purulent d'un des reins et de l'un des ovaires; fusées purulentes autour de la vessie et le long des ligaments larges; phlébite, etc.) de la nature de celles qu'engendre la puerpéralité.

— Des renseignements obtenus par M. Donadieu, il résulterait que les circonstances qui ont accompagné et retardé l'admission de sa malade à l'asile sont, dans le département de la Seine, communes, sauf de rares exceptions, à tous les aliénés pour lesquels le placement dans un asile public est réclamé.

— Au rapport de faits d'une telle gravité, la Société médico-pratique s'est émue. Elle résolut de s'éclairer par une enquête sur la nature exacte des dispositions légales et administratives qui régissent l'admission des aliénés dans les asiles publics du département.

A cet effet, une commission composée de MM. de Ranse, Donadieu, et Collineau, rapporteur, fut instituée.

Cette commission vient aujourd'hui, Messieurs, vous rendre compte de son mandat.

Le premier soin de la commission a été de s'enquérir, en ce qui concerne l'admission des aliénés dans les établissements consacrés à leur traitement, des termes précis de la loi.

Le titre II : DES PLACEMENTS FAITS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS, y est consacré.

La section première dispose DES PLACEMENTS VOLONTAIRES.

Article 8, il est dit : 1° *Qu'une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement est réclamé, et mentionnant le degré de parenté ou la nature des relations qui existent entre elles, est avant tout nécessaire*; 2° *qu'un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir enfermée, doit être joint à la demande d'admission*; 3° *qu'en cas d'urgence, les chefs d'établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin.*

La section deuxième a trait AUX PLACEMENTS PAR L'AUTORITÉ PUBLIQUE.

L'article 18 *confère au préfet de police, à Paris, et aux préfets dans les départements, le droit d'ordonner d'office le placement dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des individus.*

« *En cas de danger imminent*, ajoute l'article 19 (que nous reproduisons intégralement), *attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.* »

L'article 24, enfin, est ainsi conçu :

« *Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles* 18 *et* 19, *jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article* 1er, *ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.*

« *Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans les hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.*

« *Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.*

« *Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'Administration sur un établissement public ou privé.* »

De ce qui précède, il ressort ceci : C'est que, à l'occasion des placements volontaires, le législateur a pris un soin extrême de prémunir la personne de l'aliéné contre les conséquences de séquestrations inopportunes ou prématurées; c'est que, à l'occasion des placements d'office, il a eu pour principal souci, en assurant un gîte à l'aliéné, de garantir la société contre les actes funestes auxquels entraîne la folie; c'est enfin que, dans l'une et l'autre circonstance, sa préoccupation constante a été d'éviter toute espèce de confusion entre la personne à laquelle des exigences médicales ordonnent de ravir pour un temps la liberté, et celle que la société en prive en raison de quelque méfait criminel ou délictueux.

Il en ressort également ceci : C'est que le législateur admet, pour le placement des aliénés dans les asiles, trois modes différents, savoir :

Le placement volontaire;

Le placement d'office ;
Le placement d'urgence.
Telles sont les dispositions de la loi.

— Dans l'application, voyons ce que ces dispositions deviennent :

Dans le département de la Seine, Messieurs, le *placement volontaire* des aliénés dans les asiles publics est, en fait, supprimé.

L'autorisation de pourvoir au *placement d'urgence* n'est accordée aux agents de l'autorité que dans la limite d'exceptions très-rares.

Le *placement d'office* est imposé à la presque universalité des aliénés que la modicité de leurs ressourrces laisse en dehors des établissements privés.

— Étudions donc attentivement les conditions selon lesquelles l'admission d'office s'accomplit.

Pour cela, suivons pas à pas l'aliéné de son domicile à l'asile où il doit être définitivement reçu.

S'appuyant sur la notoriété publique, sur la révélation d'un scandale, ou bien encore sur l'avis qu'il prend d'un médecin, le commissaire de police du quartier dresse un rapport en vertu duquel la personne supposée atteinte d'aliénation est conduite au dépôt de la préfecture de police.

Les actes déraisonnables parvenus à la connaissance du commissaire de police servent de base à son rapport.

Le certificat que le médecin appelé à visiter le malade à domicile a pu délivrer vient à l'appui ; mais ce certificat perd le caractère d'une pièce authentique pour ne conserver que celui d'un renseignement pur et simple. Il n'est pas annexé au dossier de l'aliéné, et reste entre les mains du commissaire de quartier.

Le transfèrement du malade de son domicile au dépôt s'exécute par les soins des proches ou avec l'aide et par l'initiative des agents de l'autorité.

Arrivé à la préfecture de police, l'aliéné est conduit à un bureau dit *bureau de permanence*, par lequel passe toute personne qui, pour un motif ou pour un autre, se trouve dans le cas d'être enfermée au dépôt. Là, après examen du rapport relatif à la cause de l'arrestation, l'ordre de séquestration est donné ; et, lorsque le rapport mentionne l'aliénation mentale, la personne à laquelle il est relatif est conduite à l'infirmerie du dépôt.

Le *dépôt* constitue un *quartier* à la préfecture de police. L'*infirmerie* constitue une portion de ce quartier. Elle est divisée en deux sections : l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes.

La section des femmes comprend un rez-de-chaussée, où se trouvent quatre cellules, et un premier étage où est installé un dortoir de huit lits.

La section des hommes comprend également un rez-de-chaussée, où se trouvent le cabinet du surveillant et celui du médecin, ainsi que huit cellules ; et un premier étage composé d'un dortoir de huit lits pour les enfants égarés, et d'une salle où les prévenus malades reçoivent les soins médicaux nécessités par leur état.

Du bureau de permanence, les aliénés des deux sexes sont conduits à l'infirmerie, où ils entrent par une porte particulière donnant accès dans la section des hommes. Les femmes traversent cette section, suivent un long couloir aboutissant à un vestibule par où passent également les prévenus. Elles le traversent et parviennent à la section qui leur est réservée.

Toutes les fenêtres de l'infirmerie du dépôt de la préfecture de police sont grillées. La section des femmes est mieux éclairée que celle des hommes. Le nombre restreint de cellules dont on y dispose oblige de placer les femmes aliénées, lorsqu'elles sont en nombre surabondant, dans des cellules destinées à celles qui ont été arrêtées sous la prévention d'un délit.

Une fois installé à l'infirmerie du dépôt, l'aliéné est soumis à un examen médical, d'après lequel le certificat légal est rédigé ; puis, consécutivement à cet examen et conformément à ce certificat, il quitte le dépôt, et, par les soins de l'Administration, est dirigé sur le bureau de répartition de l'asile Sainte-Anne. Le temps qu'il reste en observation au dépôt peut varier de quelques heures à deux et parfois cinq jours.

— Situé dans l'enceinte de l'asile Sainte-Anne, le bâtiment désigné sous le nom de *bureau de répartition* est isolé des autres bâtiments. Il est vaste, bien aéré, pourvu de salles communes pour un petit groupe de malades, de cellules particulières disposées de façon à rendre facile et permanente la surveillance des gardiens, de cellules capitonnées réservées aux agités, de salles et d'appareils balnéaires, ainsi que de nombreux et spacieux préaux contigus aux cellules et communiquant avec elles directement.

Aucune fenêtre n'est grillée. Les châssis seulement sont en fer au lieu d'être en bois. Pas une porte n'est munie de verrous. La solidité des serrures se dissimule sous la gracilité de

leur apparence. En un mot, tout aménagement propre à rappeler ou à faire naître l'idée de coercition a été rigoureusement proscrit.

Institué, dans le principe, pour servir de bureau central d'admission dans les asiles publics du département, cet établissement nous a paru en parfaite harmonie avec le double but qu'il était appelé à remplir : 1° vérifier la réalité de l'aliénation mentale et en déterminer la forme par un diagnostic précis ; 2° soustraire le sujet, jusqu'à plus ample informé, aux conditions spéciales du traitement qui, — une fois la nature psycho-cérébrale de l'affection dûment reconnue, — devrait rationnellement lui être appliqué.

Transformé, par suite de la suppression effective du placement volontaire en bureau de répartition, le *Bureau central* reçoit les aliénés qui lui sont envoyés de la préfecture de police, et leur donne asile pendant le nombre de jours nécessaires pour qu'il soit statué sur la division hospitalière où il y a lieu de les admettre en terme définitif.

— Pour justifier la suppression du placement volontaire et la généralisation qui rend le placement d'office applicable à la presque totalité des cas d'admissibilité dans un asile public, l'administration met en avant des motifs d'ordres divers.

Dans la pratique, l'exécution du placement volontaire ne serait pas toujours dégagée de difficultés. Soit en raison du thème de leur délire, soit par l'instinctive défiance que leur inspirent les mesures insolites qu'ils voient prendre autour d'eux, certains aliénés résistent. Il faut, pour opérer le transfèrement, user de subterfuge ou de coercition. Il s'ensuit, sur la voie publique, de l'émotion, du scandale. Dans le trajet, trompant la surveillance, il se peut qu'ils s'échappent et se laissent aller à leurs funestes desseins. La mise en œuvre entraîne des déboursés excessifs pour beaucoup de budgets.

Un centre de population de l'importance de Paris attire une foule de pauvres gens qui viennent y chercher un sort moins précaire. Bon nombre ne sont doués que d'aptitudes insuffisantes. Sujets à l'épilepsie, d'autres espèrent cacher dans la foule et leur névrose et la triste notoriété qu'elle leur a valu au pays. Il en est dont la raison est déjà plus ou moins fortement ébranlée et que guident les plus chimériques ambitions.

L'échec est fatal, la misère arrive, le moral faiblit, et un jour, sans travail, sans pain, sans logis, ils sont arrêtés comme vagabonds.

Maîtresse de leur personne, munie des renseignements qui leur sont relatifs, disposant des moyens pour les compléter, la préfecture de police est seule en état, en mainte circonstance, de se livrer aux confrontations nécessaires pour établir l'identité d'égarés ou d'inconnus.

La rapidité, la sûreté de ces recherches exigent impérieusement que le lieu de dépôt des individus supposés atteints de folie qui sont arrêtés chaque jour, soit à proximité des bureaux d'information.

De là, aux yeux de l'Administration, la raison d'être de l'infirmerie du dépôt de la préfecture de police, et de son affectation à l'examen des aliénés pour lesquels le placement dans un asile public est réclamé.

— Tout en tenant compte de ce que ces raisons ont de plausible, votre commission, Messieuas, croit avoir à adresser au fonctionnement administratif actuel de sérieuses objections.

Il est tout d'abord un point d'ordre purement médical sur lequel il faut se garder d'exagération, c'est celui qui est relatif aux résistances opposées par l'aliéné à son transfèrement.

A cet égard, la circonspection et le tact triomphent, sans grande peine, de la majeure partie des aliénés.

Dans son incohérence, le maniaque passe incessamment d'une idée tronquée à une autre qui ne l'est pas moins, sans avoir assez de fixité pour donner suite à ses velléités de rébellion.

Affaibli, le dément cède comme un enfant à l'impulsion qu'on lui imprime.

Tout à ses idées de grandeur, le paralytique général se prête avec empressement à ce qu'on veut de lui, si l'on sait flatter son délire avec à-propos.

Conscient du trouble mental qui l'opprime, le pseudo-monomane sollicite de son propre mouvement, et avec insistance, la protection de l'asile et les secours médicaux.

Il en est de même de l'épileptique, très-communément.

Réfléchi, logique, méfiant, le monomane-pur est plus redoutable. Son opposition rusée et tenace peut éclater inopinément.

Quant aux formes stupides (lypémanie, mélancolie, délires toxiques ou puerpéraux) que distinguent l'obtusion, les suggestions homicides ou suicides, les hallucinations, elles se caractérisent aussi par une tendance à l'automatisme qu'on peut aisément mettre à profit.

Bref, dans le transfèrement du domicile à l'asile, les aliénés contre qui on est obligé d'engager une lutte sérieuse constituent une très-faible minorité.

D'autre part, s'il est des cas dans lesquels le passage de l'aliéné par le dépôt ne nous semble pas indispensable, il en est d'autres où il nous paraît nuisible ; et cela, inévitablement. Ces cas sont tous ceux où, comme chez la malade dont M. Donadieu a donné l'observation, une

affection organique quelconque, de marche aiguë et de nature fébrile, précède, suit ou accompagne l'aliénation.

En dépit de louables efforts, l'installation de l'infirmerie du dépôt est insuffisante, et son séjour ne saurait être que défavorable à la guérison des maladies de l'ordre que nous indiquons. Nous allons jusqu'à penser que, si la règle générale souffre, à titre d'exception, le *placement* direct et d'*urgence*, nulle circonstance ne saurait légitimer plus le recours à la mesure d'exception.

— Mais ce n'est pas seulement dans les conditions spéciales que nous venons de signaler que le séjour à l'infirmerie du dépôt est nuisible.

L'exiguïté du local, l'obscurité des cellules, l'insuffisance de leur nombre et de leur aménagement, se prêtent mal à l'assistance à laquelle les aliénés — qui sont des malades — ont droit. Ce séjour produit sur leur esprit une impression pénible qui devrait leur être épargnée. Il n'est pas rare — c'est un fait que notre enquête nous a permis de constater — de voir cette impression se répercuter longtemps dans les manifestations du délire, et lui fournir un aliment inattendu.

— Autre objection, enfin, non moins grave.

La préfecture de police est divisée en un certain nombre de *quartiers*. Le dépôt, où sont amenés à toute heure de jour et de nuit les individus arrêtés sous la prévention d'un acte criminel ou délictueux constitue un de ces quartiers. L'infirmerie, où sont admis les aliénés, pour y être tenus en observation, fait partie intégrante du dépôt.

Affecter une portion d'un tel quartier à la destination qu'on lui a assignée, y introduire et y faire séjourner parfois plusieurs jours, des aliénés, les exposer à une promiscuité presque inévitable avec les prévenus, est contrevenir à la lettre et à l'esprit de la loi.

L'article 24, en effet, n'est-il pas formel, et n'y est-il pas dit : « *Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison?* »

A la vérité, le dépôt de la préfecture de police ne peut être taxé de prison, puisque nul condamné n'y subit sa peine; mais à quel titre y enferme-t-on les individus qu'on y amène pour une cause étrangère à l'aliénation, si ce n'est à titre de prévenus?

Le législateur a été explicite. A ses yeux — tout le monde, avec nous, en conviendra — le même toit ne saurait abriter le prévenu et l'aliéné.

— La responsabilité qui pèse sur l'Administration est lourde. Tout en maintenant, par les motifs ci-dessus énumérés, la nécessité de recourir dans une multitude de circonstances au placement d'office, elle reconnaît tout ce que les moyens actuels d'exécution laissent à désirer.

Votre commission, Messieurs, a lieu de le pressentir : l'Administration accueillerait, nous ne disons pas sans hostilité aucune, mais avec un réel empressement, une modification de fonctionnement qui, en laissant intacte sa liberté d'initiative, serait de nature à faire face aux légitimes susceptibilités des familles, aux imprescriptibles droits de l'aliéné, et aux formelles exigences de la loi. — Nous appelons, sur ce point, votre attention.

En résumé, dans le département de la Seine :

1° Le placement volontaire des aliénés dans les asiles publics est supprimé.

C'est là, à nos yeux, un fait regrettable.

Dût le placement volontaire rencontrer parfois des difficultés pratiques; dussent ces difficultés se renouveler fréquemment, nous avons signalé les principales, et nous ne croyons pas qu'elles soient insurmontables.

Mais quand bien même la minorité des aliénés se trouverait dans des conditions à bénéficier de ce mode d'admission dans les asiles publics, nous ne comprendrions pas qu'une délibération administrative pût réduire à néant un titre de loi tout entier, et nous insisterions pour que les dispositions que ce titre implique ne tombassent pas en désuétude. Nous protesterions pour que, toutes les fois qu'elles sont applicables, elles soient appliquées scrupuleusement.

2° Le placement d'office constitue le mode d'admission le plus généralement adopté. On l'applique à la presque universalité des malades pour lesquels l'asile public est réclamé.

Il entraîne, pour l'aliéné, l'obligation d'un séjour de durée variable à l'infirmerie de la préfecture de police.

Cette clause offre de graves inconvénients.

L'installation du local affecté au dépôt des aliénés ou prétendus tels tenus en observation, ne répond que d'une manière insuffisante au but proposé.

Les malades y sont exposés à leur passage, tant par le bureau de permanence que par le vestibule central, à des contacts avec des prévenus; contacts auxquels ils seraient en droit d'être soustraits.

Dans l'intérieur de l'infirmerie même, ils n'en sont pas absolument préservés.

De nature à aggraver les maladies aiguës intercurrentes dont ils peuvent être atteints, le

séjour du dépôt leur laisse dans l'esprit une impression préjudiciable à la sédation du délire.

Recevoir, enfin, dans un établissement commun, des aliénés et des prévenus, est se mettre en désaccord avec les termes formels de l'article 24 de la loi.

3° Le Bureau central situé dans l'asile Sainte-Anne (bureau d'administration transformé par décision administrative en bureau de répartition) est remarquablement bien approprié à sa destination initiale.

L'excellence des conditions hygiéniques, l'entente exquise de l'accommodation intérieure qu'on y rencontre, la liberté relative, la sécurité absolue qui y règnent, l'atmosphère de paix dans laquelle les malades y respirent, les commodités dont y jouit l'observation médicale, tout concourt à nous le faire tenir pour un modèle duquel il serait désirable qu'on s'inspirât.

Il n'a qu'un défaut, mais ce défaut est capital : il est bâti dans l'enceinte même de l'asile dont son autonomie était, dans le principe du moins, séparée absolument.

Vint-on, un jour, à lui restituer son affectation première, qu'on aurait beaucoup de peine à le faire accepter par l'opinion comme fondamentalement indépendant et distinct de son voisin.

L'idée d'aliénation s'attachera toujours aux maladies qu'on y observe. Or, c'est justement, dans l'espèce, ce qu'il conviendrait d'éviter.

Situé, enfin, dans un quartier excentrique, à une distance de 3 kilomètres environ de la préfecture de police, il ne peut suppléer à l'infirmerie du dépôt pour les placements d'office, qui entraînent souvent de laborieuses enquêtes et de délicates confrontations.

Tel est, Messieurs, l'état de la situation.

— En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer d'adopter les conclusions suivantes :

I. Conformément à la loi, rétablissement des placements volontaires dans les asiles publics du département de la Seine.

II. Conformément à la loi, séparation absolue des aliénés d'avec les prévenus ; et, à cet effet, construction, à proximité de la préfecture de police et sur le modèle du Bureau central de Sainte-Anne, d'un établissement spécial et isolé, destiné à la réception des aliénés pour lesquels est demandé le placement d'office.

Les membres de la commission :

Dr DE RANSE, Dr DONADIEU, Dr COLLINEAU (*rapporteur*).

— Après discussion, la Société médico-pratique a adopté, à l'unanimité des membres présents, les conclusions du précédent rapport, et a résolu d'en adresser un exemplaire à M. le préfet de police, à M. le préfet de la Seine et à MM. les membres du Conseil général du département.

Pour extrait du procès-verbal :

Le secrétaire général, Dr COLLINEAU.

JOURNAL DES JOURNAUX

Apoplexie pulmonaire mortelle consécutive à la paracentèse. — Un accident ayant une certaine analogie avec l'expectoration albumineuse observée à la suite de la thoracentèse est signalé par M. le docteur da SILVA LIMA, médecin de l'hôpital de la Charité de Bahia. Ayant pratiqué la paracentèse abdominale selon la méthode anglaise, c'est-à-dire dans la ligne blanche, à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, chez une blanchisseuse de 30 ans, pour cause d'infiltration générale, avec dyspnée intense sans lésion cardiaque appréciable, il se manifesta, après l'issue de quelques litres de sérosité, une toux courte et sèche. Redoutant une syncope, M. Lima ferma aussitôt la canule ; mais la malade n'éprouvait ni malaise ni vertiges. Après une interruption de quelques minutes, la sérosité ayant recommencé à couler, la toux reprit avec une nouvelle intensité lorsque l'écoulement touchait à sa fin. La canule fut retirée et le ventre bandé ; 25 litres environ avaient été extraits.

Mais la toux continua avec violence ; la respiration était difficile et bruyante, avec expectoration spumeuse sanguinolente. Ces symptômes s'aggravèrent d'heure en heure, malgré les secours, et, douze heures après la ponction, cette femme expirait.

L'autopsie, faite le lendemain, montra quelques litres de sérosité dans le péritoine, une augmentation de volume du foie et de la rate, sans altération appréciable de structure ; congestion légère des reins, mais beaucoup plus intense des poumons, livides et presque noirs, avec de petites parties d'un aspect sain ; foyers apoplectiformes des deux côtés en arrière, sans épanchement pleurétique ni adhérences. Cœur normal contenant à peine quelques caillots récents. (*Gaz. med. da Bahia*, septembre, n° 148.)

Une congestion subite et violente des poumons, causée sans doute par le vide du thorax

résultant de la soustraction du liquide ascitique, fut évidemment la cause de la mort, malgré toutes les précautions prises pour la compression graduée de l'abdomen à mesure que le liquide coulait. Il est permis de croire que l'analyse chimique aurait peut-être décelé l'albumine dans l'expectoration; mais ce fait se passait en 1865, et n'a probablement été rappelé qu'à l'occasion des discussions retentissantes qui ont eu lieu sur ce sujet.

Il y a donc lieu de prendre, à l'égard de la paracentèse abdominale, les mêmes précautions que pour la thoracentèse quand la toux se manifeste, c'est-à-dire ne donner qu'une issue lente, et même interrompre de temps à autre l'écoulement du liquide pour prévenir cet accident. C'est le précepte posé par le prudent médecin brésilien, et qu'il a suivi avec succès dans un cas semblable. — P. G.

Influence de la syphilis sur le cal. — Elle s'est montrée très-évidente chez un laboureur de 30 ans, à l'hôpital Workhouse, de Liverpool, le 17 mars, service de M. Barnes, pour une fracture oblique du tibia, à son tiers inférieur, datant de deux jours. Aucun signe extérieur ne révélait l'existence de la cachexie syphilitique, et le chirurgien le plus prudent aurait pu exécuter une opération capitale sans crainte; le résultat seul pouvait l'éclairer. Aucune union des fragments n'existait le 24 avril, et, l'appareil replacé jusqu'au 10 juin, l'union n'existait pas davantage, sans que rien dans la santé du blessé pût en révéler la cause. Les fragments furent irrités, suivant la méthode de Dieffenbach, sans plus de résultat jusqu'au 29 juillet. De même le 10 août. Ce n'est qu'à cette date que le blessé se plaignit d'inappétence, d'insomnie et de refroidissement avec fièvre et conjonctivite. Une éruption érythémateuse se montra bientôt avec iritis de l'œil droit. L'apparence syphilitique fit aussitôt administrer le mercure et l'iodure de potassium. En même temps que l'état général se modifiait sous cette influence, une réunion parfaite des fragments avait lieu avec un cal solide, qui permit au malade de quitter l'hôpital le 8 septembre. (*Lancet*, 1er novembre.) — P. G.

FORMULAIRE

Pilules vermifuges.

Santonine.	1 gramme.
Extrait d'absinthe	1 gr. 50 centigr.
Guimauve pulvérisée.	q. s.

F. s. a. 20 pilules. — Une à deux le matin, à jeun, pour les enfants, et une à six pour les adultes, dans le but de faire expulser les ascarides lombricoïdes. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 18 Décembre 1774.

Lettre du ministre Saint-Florentin à l'abbé Garnier, inspecteur du Collége royal, lui donnant avis que le roi a choisi, pour la chaire de chimie et d'histoire naturelle, le sieur Darcet, médecin de Paris, « chimiste et naturaliste de grande réputation. » (Arch. nat., O. 416. Dépêches, 1774, page 723.) — A. Ch.

COURRIER

L'assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine, qui doit se réunir le 25 janvier 1874, aura à élire un président, deux vice-présidents et un secrétaire général.

On nous prie d'annoncer que, dans la séance du 5 décembre, la commission générale a désigné à l'unanimité, pour être proposés aux suffrages de l'assemblée générale :

MM. Barth, président; Béclard et Noël Gueneau de Mussy, vice-présidents; Orfila, secrétaire général.

De l'artériotomie comme moyen certain et indubitable de distinguer la mort réelle de la mort apparente. — Un médecin distingué de Paris, ancien interne des hôpitaux, M. le docteur Veyne, adressait à l'Académie de médecine, il y a quelques mois, une note relative à un moyen certain et indubitable de distinguer la mort réelle de la mort apparente. Il s'agissait, dans les cas où, malgré l'épuisement de toute la série des moyens ordinaires, le médecin aurait conservé des doutes, de découvrir une artère superficielle du corps, soit la radiale, soit la temporale, et d'en pratiquer la section. Si l'artère était trouvée vide, c'est que la mort était réelle et définitive.

Avant d'adresser à l'Académie de médecine un mémoire pour le concours des prix d'Ourches, M. Veyne avait soumis son moyen au jugement des physiologistes les plus compétents de la savante Compagnie, qui l'avaient vivement encouragé à le faire connaître.

Dans la séance où a été lu le savant rapport de M. Devergie, on a été étonné que le mémoire de M. Veyne n'ait été ni discuté ni même mentionné. Ce moyen, si simple, si rationnel, et en même temps si certain, en valait pourtant bien la peine, à ce qu'il nous semble.

Dr A. T.

RECTIFICATION. — Nous recevons la lettre suivante, que nous publions avec empressement :

Turin, 6 décembre 1873.

Monsieur le directeur,

Permettez-moi que je vous écrive deux mots à la hâte pour vous prier de corriger un petit quiproquo qui s'est glissé dans votre dernier numéro 143 (4 décembre).

M. Terenzio Mamiani, qui a été le président du Congrès scientifique tenu à Rome dans le mois d'octobre, est le plus grand philosophe que nous ayons en Italie, sénateur du royaume depuis plusieurs années, jadis ministre de l'instruction publique. Il était dernièrement vice-président du Sénat. Il a été ministre de Pie IX en 1849, je crois, avec le grand économiste Rossi. Il est âgé de 70 ans à peu près. Libéral et savant, c'est une des plus belles illustrations de notre pays.

Le nouveau sénateur dont vous voulez probablement parler est le docteur Verga (de Milan), un des premiers aliénistes d'Italie, bon patriote, libéral, qui était aussi membre du Congrès scientifique de Rome. Ayez donc la bonté de faire cette petite correction.

En attendant, je vous prierai de vouloir bien annoncer l'institution nouvelle créée par nous à Rome dans le dernier Congrès, qui a pour titre : *Società italiana per il progresso delle scienze*, et qui est une imitation de la *British Society for the advancement of science*, et de l'*Association française pour le progrès des sciences*, qui a déjà eu deux Congrès célèbres à Bordeaux et à Lyon.

Cette institution, dirigée par une commission centrale résidant à Rome, tiendra des Congrès tous les deux ans dans les différentes villes d'Italie, où on fera des conférences, des dissertations, des discussions, où l'on présentera des expériences, des découvertes, des inventions, etc.

Comme vous voyez, l'Italie veut suivre les grands exemples des nations qui sont à la tête du progrès scientifique. Et c'est la section médicale du Congrès qui a jeté les premiers germes de cette idée, qui a trouvé la plus grande faveur dans la réunion générale de toutes les sections.

Agréez, Monsieur le docteur Latour, ces quelques mots d'un de vos plus sincères admirateurs et de vos plus attachés abonnés.

Dr Jacinthe PANHIOTTI,
Professeur de pathologie et de clinique chirurgicale à l'Université.

LES FACÉTIES MÉDICALES DE LA PRESSE. — On ferait un recueil bien amusant de toutes les niaiseries que les journaux de grand et de petit format publient sur les choses de la médecine. Mais nous ne croyons pas que jamais on ait publié rien d'aussi saugrenu que ce que nous trouvons dans un journal qui a la prétention d'éclairer et d'instruire les masses. Qu'on en juge :

« Le docteur Willoughby de Glenmore vient de tenter une opération à laquelle les plus hardis chirurgiens de l'Europe n'auraient jamais osé penser : il s'agissait de soulager un malheureux étudiant en médecine atteint de douleurs insupportables produites par une foule d'insectes myriapodes qui se promenaient entre la dure-mère et la boîte osseuse.

On lui disloqua les os du crâne, et on les sortit de leurs lambeaux rabattus sur les épaules ; puis, après avoir nettoyé soigneusement le lobe cérébral, on coiffa cette masse d'un crâne enlevé à une personne morte récemment à l'hôpital.

On retira 27 insectes et plusieurs centaines d'œufs du crâne de ce malheureux. Les lambeaux furent recousus avec soin et le malade se trouve en pleine convalescence aujourd'hui.

Quelques phrénologues prétendent qu'il changera de caractère et prendra celui de l'ancien propriétaire du crâne, dans lequel ses organes vont se mouler. »

Et dire que ces choses-là se tirent à 250,000 exemplaires !

— A Munich (Bavière) a eu lieu ces jours derniers l'inauguration d'une institution fondée par les dames de Bavière, et qui a pour but de former des infirmières, qui soigneront les malades en temps de guerre et en temps de paix. Toute personne honnête du sexe, ayant 21 ans et ne dépassant pas 40 ans, sera admise dans cet institut (*Pflegerinnen-Institut*) ; elle y sera défrayée de tout, et au bout d'un certain nombre d'années de fidèles services, dix ans au moins, elle aura la perspective d'une pension devant la mettre à l'abri du besoin sur ses vieux jours. Les particuliers qui voudront avoir de ces infirmières auront à payer à l'établissement une indemnité proportionnée à leur fortune ; les pauvres seront soignés gratuitement.

Le numéro de ce jour contient un Supplément de quatre pages.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Du rôle de l'aspiration dans les maladies de l'estomac et dans les empoisonnements. Dyspepsie caractérisée par une sécrétion très-abondante de liquide gastrique, améliorée au moyen de l'aspiration stomacale. — II. D'un nouveau mode de traitement de la dyspepsie fonctionnelle, de l'anémie, de la chlorose. — III. Emploi du bromure de potassium en lavement, et de l'emplâtre belladoné contre les vomissements. Moyen simple d'arrêter les vomissements provoqués par la toux chez les phthisiques. — IV. Sur une manière simple et commode de faire rendre le tænia. — V. Vomitifs exceptionnels en cas d'indigestion grave.

I. — Le docteur G. Dieulafoy a signalé il y a quelque temps (*Bull. général de thérapeutique*, 4e livr., 1873) une nouvelle application des appareils aspirateurs dans les maladies de l'estomac. C'est ainsi qu'il pense que, dans le cas d'ulcère stomacal, on pourrait appliquer directement sur la muqueuse gastrique les topiques que l'on administre ordinairement par centigrammes en pilules, tels que le nitrate d'argent, et faire ensuite une injection d'eau salée pour en neutraliser les effets ultérieurs. Il en est de même de la gastrorrhagie. Mais une application importante de ce procédé est réservée au traitement des empoisonnements, et M. Dieulafoy rapporte à ce sujet une observation très-intéressante dont il doit la communication au docteur Paul (de Danville), et dont nous donnons ici le résumé.

Obs. — *Empoisonnement d'une enfant six heures après sa naissance par une cuillerée à dessert de laudanum de Sydenham. — Emploi de l'appareil aspirateur Dieulafoy. — Guérison.* — Dans ce cas, l'administration d'un vomitif n'ayant pas produit d'effet, le médecin eut l'idée d'introduire une sonde en gomme par l'œsophage, et de pratiquer la succion par la bouche. Il retira ainsi environ une cuillerée de liquide, puis il injecta environ un demi-verre d'eau tiède afin de délayer davantage la substance toxique et d'en rendre l'aspiration plus facile. Mais les symptômes d'empoisonnement s'accusant de plus en plus : coma, contraction des pupilles, résolution des membres, etc., il eut recours immédiatement à l'aspirateur qu'il portait avec lui, et introduisit dans l'estomac une certaine quantité d'infusion de café noir dont il pratiqua en dix minutes l'injection et l'aspiration une douzaine de fois, en ayant soin de renouveler chaque fois le liquide. Il termina en laissant dans l'estomac la valeur d'une tasse de café noir très-fort additionné de quelques gouttes de rhum. D'autres moyens furent encore employés : sinapismes promenés sur le corps, lavement purgatif suivi d'un lavement au café, emploi de l'électricité, et, au bout de trente-six heures, l'enfant pouvait prendre d'elle même le sein ; elle était définitivement guérie.

FEUILLETON

LA CLINIQUE ET LA PHYSIOLOGIE

J'ai eu l'honneur de recevoir la lettre suivante :

A Monsieur Amédée Latour.

« Châteauvieux, 16 décembre 1873.

« Mon cher et très-honoré confrère,

« Laissez-moi vous dire que je reste vivement touché de la bienveillance que vous m'avez témoignée dans votre feuilleton de samedi dernier. Il y a des suffrages qui me sont assez indifférents; ce n'est pas le vôtre. Puisque j'ai la plume en main, je veux vous répéter ce que j'ai souvent déclaré, c'est que je ne prétends pas fermer la porte de l'Institut à la médecine traditionnelle, comme vous l'appelez; ce serait me renier moi-même; mais je prétends lui associer la physiologie humaine, qui n'a nulle part sa place à l'Académie des sciences, et qui me paraît devoir la trouver naturellement, en une certaine proportion, dans la section dont je fais partie. Ce serait toute justice, en raison de la part très-grande (je ne dis pas la seule) qui lui revient dans la solution de beaucoup des problèmes qui occupent la médecine. Établir nettement par cette sorte de consécration, si je puis ainsi dire, les liens intimes qui unissent ces deux sciences, c'est, ce me semble, faire du bien à l'une et à l'autre. Nul doute que la clinique ne doive rester toujours le plus sûr fondement de la médecine, et je n'ai nulle envie de lui substituer la physiologie, comme vous paraissez le croire; mais la physiologie et la clinique doivent s'éclairer l'une l'autre dans leurs recherches; il faut donc multiplier leur

Sans doute on n'a pas toujours à sa disposition un appareil aspirateur dans le cas d'empoisonnement ; mais, d'après M. Dieulafoy, l'un n'empêche pas l'autre, l'aspiration agit plus promptement qu'un vomitif, elle permet de laver l'estomac et de le débarrasser en quelques secondes de la substance toxique jusqu'à la dernière goutte. — D'autre part, si l'on se trouve en présence d'un individu empoisonné et qu'on n'ait ni sonde, ni vomitif, on doit faire la ponction de l'estomac avec l'aiguille n° 1 de l'aspirateur. Pour faire cette opération, on a eu soin, au préalable, de limiter exactement par la percussion la cavité stomacale qui aura été distendue par l'ingestion de 2 ou 3 verres d'une boisson quelconque. On n'aspire qu'une partie du liquide ingéré, afin d'éviter que les parois de la cavité, en s'accolant sous l'influence du vide, ne repoussent l'aiguille au dehors, et l'on pratique peu à peu le lavage de la cavité.

Le docteur Leven, à la séance de la Société de biologie du 25 janvier 1873, avait déjà fait mention d'une dyspepsie caractérisée par des vomissements très-abondants, la dilatation considérable de l'estomac, et assez heureusement traitée par l'aspiration répétée du liquide. Le malade vomissait deux ou trois cuvettes de liquide par jour, la sensibilité à l'épigastre était très-vive, l'amaigrissement très-accusé. Chaque jour, pendant trois mois, on retirait de l'estomac 1 à 3 litres de liquide avec la sonde œsophagienne, par laquelle on faisait l'aspiration au moyen d'une seringue. Sous l'influence de ce traitement appliqué dans deux cas semblables, les fonctions de l'estomac se rétablirent peu à peu, et la quantité de liquide sécrété diminua considérablement. S'agit-il, dans ces cas, comme le croit M. Leven, d'une dyspepsie spéciale méconnue jusqu'alors? Il est permis de penser, avec M. Charcot, que certaines dilatations de l'estomac sont sous la dépendance d'ulcères à évolution presque latente, ou d'un rétrécissement du pylore consécutif à une hypertrophie de la tunique musculaire siégeant au niveau de cet orifice, comme le prétend M. Cornil.

II. — M. le docteur Brown-Sequard (*Archives of scientific and practical medicine traduct.* in *Bull. de thérap.*, 4e livraison, 1873) a attiré l'attention sur un mode de traitement qu'il emploie avec succès dans les dyspepsies graves de nature fonctionnelle, dans l'anémie et la chlorose. Il consiste à faire manger le malade, non pas trois fois, mais jusqu'à soixante fois par jour. Les repas sont pris à des intervalles réguliers variant de dix à vingt minutes à une demi-heure, et sont toujours composés d'une petite quantité d'aliments nourrissants, tels que de la viande rôtie ou grillée, des œufs, du pain bien cuit, du lait avec du beurre et du fromage, et

---

contact, et il me semblerait raisonnable que, sur les six places de la section, il y en eût deux réservées pour tant de jeunes physiologistes qui honorent la France par des travaux au bout desquels il n'y a pas beaucoup de profit. Du reste, mon opinion à cet égard est celle que je professais dans l'enseignement que vous voulez bien rappeler, et je ne vois pas en quoi j'ai changé. Mais je fais trêve à ce bavardage dont vous n'avez que faire, et je vous prie, mon cher confrère, d'agréer l'assurance de mes affectueux et distingués sentiments.

« ANDRAL. »

RÉPONSE

Très-honoré et vénéré maître,

Une lettre de vous est une sorte d'événement dans notre monde médical. Depuis si longtemps nous sommes privés de vous entendre et de vous lire que, lorsque l'une ou l'autre de ces occasions se présente, nous la saisissons avec empressement. C'est un honneur pour l'UNION MÉDICALE d'avoir provoqué l'occasion actuelle ; c'est un honneur surtout que vous ayez bien voulu lui adresser, dans quelques mots qui lui ont été profondément sensibles, un témoignage aussi précieux de votre estime et de votre considération.

Permettez-moi de me trouver heureux de pouvoir vous en remercier. Cela compense les quelques désagréments attachés au journalisme, cela console de beaucoup d'injustices.

Dans la petite notice qui vous a été consacrée comme membre de l'Académie de médecine, une chose semble vous avoir un peu ému, c'est le rôle d'opposant, qui vous y est attribué, à l'entrée à l'Institut de la médecine traditionnelle au profit de la physiologie. Cette observation ne s'est pas produite pour la première fois, samedi dernier, dans ce journal, très-honoré maître. Elle avait été très-formellement présentée, il y a un an, à l'occasion de la candidature

une quantité très-modérée de liqueurs et de fruits. On n'a donc pas à craindre la distension des parois de l'estomac qui, d'après le célèbre physiologiste, contribue à entretenir et accroître toute dyspepsie fonctionnelle. Enfin l'anémie et la chlorose, même non compliquées de dyspepsie, seront heureusement modifiées par cette méthode qui favorise la rapidité des fonctions hématopoiétiques, par suite de l'augmentation des aliments ingérés et digérés.

Ce mode de traitement a été aussi appliqué avec succès dans les vomissements incoercibles de la grossesse. Puisque nous parlons de ces vomissements qui font si souvent le désespoir des malades et des praticiens, rappelons qu'un médecin italien, le docteur Girabetti, les combat souvent avec avantage par l'emploi de lavements additionnés de 2 à 8 grammes de bromure de potassium (*Gazetta med. Lombardia*, 5 juillet).

Le docteur Laborde a fait, à ce sujet, remarquer qu'il a eu à se louer maintes fois de l'emploi du bromure introduit par l'intestin, dans les cas de vomissements prolongés, symptomatiques d'affections gastro-intestinales ou hépatiques, dans lesquelles l'intolérance de l'estomac était absolue (*Gaz. méd. de Paris*, 23 août).

M. le docteur Gueneau de Mussy rappelle à la séance de la Société de thérapeutique du 17 avril 1872 les bons effets qu'il a toujours obtenus de l'emplâtre belladoné dont voici la composition :

Emplâtre diachylum	} *ââ*. . . .	2 parties.
— de thériaque	}	
Extrait de belladone		1 partie.

pour un emplâtre de 12 centimètres de diamètre.

On peut le laisser ainsi appliqué sur l'épigastre de douze à quinze jours ; le plus souvent il a fait cesser des vomissements opiniâtres chez des malades qui en étaient tourmentés depuis de longues années; il a été employé avec succès également contre les vomissements dépendant de causes très-diverses dans la phthisie pulmonaire (Voir *Leçons cliniques sur les causes et le traitement de la tuberculisation pulmonaire*, 1860, p. 124). Dans un cas d'étranglement interne, son application fut suivie pendant cinq ou six jours de la cessation complète des vomissements. Ces excellents résultats suggérèrent à l'éminent praticien l'idée d'employer cet emplâtre comme prophylactique et curatif du mal de mer. L'effet répondit à l'attente : un certain nombre de personnes qui étaient toujours tourmentées par le mal de mer

---

de M. Sédillot au fauteuil que M. Laugier laissait vacant à l'Académie des sciences. Il était de notoriété publique que vous et M. Claude Bernard souteniez ardemment la candidature d'un jeune physiologiste, au détriment de celle d'un chirurgien praticien.

Cette opposition de votre part avait beaucoup étonné, avait sérieusement affligé le corps médical. Nous nous fîmes ici l'écho discret et respectueux de ces impressions; et si nous tenions compte des bienveillants témoignages qui nous furent adressés à cette époque, nous serions autorisé à penser que l'UNION MÉDICALE ne fut pas tout à fait étrangère au résultat qui donna raison à l'opinion publique.

Cependant, après la lettre que vous nous faites l'honneur de nous adresser, il faut que nous nous empressions de reconnaître, et nous le faisons avec un grand plaisir, que nous avions exagéré votre opposition, lui donnant une étendue et une portée que vous venez de réduire à de moindres proportions.

L'explication que vous nous faites l'honneur de nous donner ne présente rien que de très-acceptable.

Vous voudriez réserver deux places sur six à la physiologie, dans la section de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences.

Ce n'est pas trop exiger.

Le dirai-je ? Ce n'est pas assez exiger.

Plus généreuse que vous-même, l'UNION MÉDICALE demanderait une section entière et nouvelle pour cette science qui doit prendre un nom plus générique que celui de physiologie, pour la biologie, qui ne se trouve, en effet, selon vous, qu'imparfaitement ou pas du tout représentée dans les sections des sciences naturelles ou physiques de l'Académie des sciences.

pendant la traversée, en furent complétement délivrées à la suite de l'application de l'emplâtre belladoné.

La toux provoque souvent chez les phthisiques des vomissements qui se répètent avec une grande opiniâtreté, et contre lesquels le médecin reste trop désarmé après avoir employé un grand nombre de moyens. On avait déjà pensé à administrer le bromure de potassium à l'intérieur pour arrêter les vomissements et la toux des malades atteints de phthisie pulmonaire. Ce médicament précieux agit certainement dans ce cas en déterminant un certain degré d'anesthésie de l'arrière-gorge. M. Woillez eut dernièrement (*Bull. de thérap.*) l'idée de l'employer en application topique comme il suit : Un pinceau de charpie qu'on peut remplacer par un gros pinceau de lavis, trempé dans une solution composée d'un tiers de bromure et de deux tiers d'eau, est passé rapidement dans le pharynx avant le repas du matin et du soir, et il est recommandé au malade de ne pas expectorer immédiatement, autant que possible. Chez quatre malades, ce badigeonnage bromuré a arrêté immédiatement les vomissements; dans les autres cas, si son action a été moins immédiate, elle a été toujours favorable. Il y aura lieu certainement d'expérimenter ce mode de traitement dans les vomissements dus à des causes diverses (vomissements de l'inanition, de la grossesse, etc.).

III. — M. Laboulbène, dans une lettre adressée au *Bulletin de thérapeutique* (numéros des 30 août et 15 septembre), vient d'appeler l'attention sur une manière simple et commode de faire rendre le tænia. Il rappelle l'observation qu'il a publiée il y a bientôt deux ans dans la *Gazette médicale*, relativement à un tænia solium qui avait été expulsé vivant. La tête adhérait fortement à un gros anneau du corps sur lequel elle était posée; elle put être détachée et portée sur un autre anneau où, peu de temps après, elle contracta avec ce dernier des adhérences telles qu'on aurait certainement rompu le cou du tænia plutôt que de la séparer. Il résulte de ce fait, que le tænia a une puissance de fixation considérable dans l'intestin au moyen de ses ventouses, et qu'il faut faire prendre hardiment un anthelminthique et l'expulser promptement par un purgatif.

Dès qu'on s'est assuré que le malade a rendu des cucurbitins ou des fragments de tænia dans les garde-robes, on lui fait prendre en deux ou trois fois l'apozème suivant :

Écorce sèche de racine de grenadier de Portugal.	60 à 90 gram.
Eau pure.	2 verres.

Vous voyez, très-honoré maître, qu'en ce qui concerne la légitimité et l'opportunité de la représentation de la physiologie à l'Institut, vous avez prêché un converti.

Ce qui nous a fait tenir ici un peu sur la réserve sur cette question, c'est la prétention véritablement excessive de la physiologie de vouloir dominer, régenter et assujettir la médecine tout entière. Il y a déjà bien des années, très-vénéré maître, que vous avez quitté votre chaire et l'hôpital. Vous ne vous êtes peut-être pas bien rendu compte des transformations singulières qui se sont opérées dans l'enseignement et dans la clinique.

D'un côté, la physiologie s'est montrée dédaigneuse et hautaine vis-à-vis de la clinique. Elle a contesté l'utilité et la valeur de cette masse de faits et de documents accumulés depuis des siècles par l'observation et l'expérience. Tout était à refaire et à revoir. La médecine traditionnelle n'avait été jusque-là ou qu'un grossier empirisme ou qu'un amas informe et contradictoire de théories hypothétiques. Une seule voie restait désormais ouverte à la médecine pour essayer de devenir une science, c'était la physiologie expérimentale.

Tout cela dit et professé du haut des chaires les plus élevées de l'enseignement supérieur, recevant un retentissement énorme, et aux applaudissements d'une jeunesse impressionnable et enthousiaste.

Ces présomptueuses critiques et ces prétentions exagérées ont cependant suscité des résistances, et nous nous honorons ici, très-vénéré maître, sinon de les avoir provoquées, il serait prétentieux de le dire, du moins de les avoir encouragées.

D'un autre côté, quelques-uns de ceux à qui avait été précisément confiée la garde de la tradition et de la méthode clinique, séduits et entraînés par de magnifiques promesses, transformaient, dénaturaient cet enseignement clinique qui avait élevé si haut l'école médicale française, et lui substituaient de toutes pièces un enseignement emprunté à la mécanique, à

Faites macérer vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, réduisez d'abord à feu doux, puis sur la fin, à grand feu, pour une verrée seulement de liquide.

Puis, dès que le malade éprouve des malaises dans l'abdomen, qu'il sent, ou bien quelque chose remuant dans le corps, ou des pelotonnements dans le ventre, il faut donner aussitôt l'huile de ricin depuis 15, 20, 60 grammes jusqu'à 90 et même 100 grammes, en une, deux ou trois fois. — Mais, pour que la racine de grenadier agisse bien, il faut que sa préparation soit bien et consciencieusement faite, ce que l'on reconnaît au goût d'amertume qu'elle possède.

M. Laboulbène emploie de préférence l'écorce de racine de grenadier, parce que ce médicament se trouve partout ; mais il aurait tout aussi bien recours à la racine de fougère mâle, au kousso, au kamala (substance provenant de l'Inde, du fruit du *rottlera tinctoria* (euphorbiacées), et qui paraît très-bien agir à la dose de 2 à 12 gr.), à l'éther, à la térébenthine, etc. Il ne se refuse pas à employer les semences de courge ou de potiron qui, il faut bien le dire, offrent le triple avantage d'être faciles à obtenir, d'être un bon anthelminthique et de provoquer moins que les autres les nausées et le dégoût, ce qui en fait un précieux agent dans la médecine des enfants. M. le docteur Bouchut le donne sous forme d'émulsion aromatisée avec de l'eau de menthe poivrée, que l'on fait prendre en deux fois à une demi-heure d'intervalle, ou sous forme de l'électuaire suivant, à prendre par cuillerées à dessert toutes les demi-heures :

Semences de citrouille mondées et pilées. . .	60 grammes.
Miel de Narbonne.	20 —

(*Bulletin de thérap.*, 30 juillet 1873.)

Nous avons vu nous-même, dans le service de notre savant et affectionné maître, M. le docteur Desnos, cette médication pleinement réussir chez les malades atteints de tænia. Les malades prenaient en une ou deux fois l'émulsion suivante, observaient, bien entendu, la diète, et, deux heures plus tard environ, ils prenaient 45 grammes d'huile de ricin :

Semences de courges décortiquées	60 grammes.
Eau.	200 —

F. s. a. une émulsion dans laquelle on laissera la pâte de semences de courges finement granulée, édulcorée avec du sirop d'écorce d'oranges amères.

Pour revenir à la note de M. Laboulbène, nous dirons avec lui qu'il faut attenti-

---

la physique et à la chimie, enseignement qui a jeté l'école médicale allemande, dont il n'est qu'une malheureuse imitation, dans une confusion inextricable de détails souvent incompréhensibles.

C'est dans ces conditions, très-vénéré maître, que se produisit la compétition pour un fauteuil à l'Institut dans la section de médecine et de chirurgie. Il fut bientôt appris que cette compétition allait diviser l'Académie des sciences en deux camps, celui de la physiologie, celui de la clinique. Vite aussi le bruit se répandit que l'illustre auteur de la *Clinique médicale* se rangeait du côté de la physiologie et lui prêtait l'autorité de sa parole et de sa position.

Il se disait que, sous l'influence du plus éminent physiologiste de l'époque, des tentatives se faisaient pour transformer la section de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences en section de physiologie ; que la clinique avait fait son temps à l'Académie, et qu'au fur et à mesure des extinctions, ce ne serait pas par des cliniciens qu'il faudrait les remplacer, mais par des physiologistes purs.

C'est alors qu'ici, et par des considérations qui parurent faire quelque impression sur l'illustre aréopage, nous crûmes devoir plaider la cause de la clinique médicale et chirurgicale, et revendiquer pour elle ses droits aux fauteuils que les fondateurs de l'Académie lui assignèrent.

L'UNION MÉDICALE crut vous rencontrer, et elle en exprima respectueusement son vif regret, au nombre des soutiens d'une opinion absolue. En rappelant naguère ici cette circonstance, elle vous a donné l'occasion de formuler votre sentiment, et elle vous remercie, très-honoré maître, de n'avoir pas dédaigné de rectifier ce qu'il y avait de trop radical dans l'opinion qui vous était prêtée.

vement observer les débris membraniformes rendus par le malade; car il peut arriver quelquefois que l'on n'ait affaire qu'à des concrétions intestinales rubanées, qu'à des pseudo-membranes « pareilles à ces copeaux que le tourneur enlève sur le bois. » Dans un livre fort intéressant (*Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*, p. 144, Paris, 1861), le savant médecin avait déjà attiré l'attention sur l'expulsion de ces divers produits, de ces « *concrétions muqueuses membraniformes* », dont M. Siredey a donné une bonne description dans l'UNION MÉDICALE il y a quelques années, et dont nous avons nous-même cité quelques exemples dans notre travail sur la dysménorrhée membraneuse fait en collaboration avec notre excellent ami Labadie-Lagrave. (*Arch. gén. de méd.*, 1870-1871.)

Enfin, il est nécessaire d'établir le diagnostic entre deux variétés de tænia : le *tænia solium* ou *armé* et le *tænia mediocanellata* ou *inerme*, ce dernier ayant des allures plus vigoureuses, des attaches plus solides et plus fixes dans le tube digestif. Celui-là possède des cucurbitins quadrangulaires, des pores génitaux alternes, une tête très-petite, pourvue de 4 ventouses et d'une double couronne de crochets, un rostre un peu proéminent, un corps long à cou effilé; celui-ci a des cucurbitins plus grands, larges, à pores génitaux nullement alternes, une tête sans crochets avec 4 ventouses noirâtres, et une partie antérieure coupée presque en ligne droite et très-peu avancée; un corps très-long, large, épais, et un cou plus court.

V. — La plupart du temps, l'indigestion est une indisposition bénigne qui nécessite ordinairement une intervention médicale peu énergique. Mais, quelquefois, comme l'a remarqué M. Luton, de Reims (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, nº 41), les accidents peuvent prendre des proportions inquiétantes et menacer même la vie des malades. Le seul moyen de conjurer le danger, c'est de faire vomir les malades, et M. Luton arrive à son but par une voie détournée, par l'administration de médicaments qui peuvent favoriser le vomissement d'une façon indirecte. Dans l'indigestion à *forme apoplectique*, la saignée avait déjà été employée avec quelque succès par quelques médecins comme moyen de combattre la congestion encéphalique et d'amener quelquefois le vomissement.

Dans le premier exemple qu'il rapporte, le docteur Luton raconte, qu'appelé près d'un malade affecté d'indigestion, il le trouva « couché à plat ventre, cramponné sur sa literie bouleversée, mordant et déchirant les draps, se mordant lui-même et rugissant. » Nous n'avons certes pas besoin de dire que nous comprenons l'em-

---

Vous voudriez donc encourager la physiologie en lui donnant deux siéges dans la section de médecine ?

Ah! très-honoré maître, si vous consentiez à vous arracher, pendant une huitaine seulement, à votre retraite de Châteauvieux, si vous vouliez prendre la peine de visiter nos hôpitaux, vous verriez bien vite que ce n'est pas la physiologie seulement qu'il faut encourager, mais encore et surtout la clinique, la véritable clinique, celle qu'avec Chomel, Rostan, Bouillaud et Trousseau, vous faisiez de votre temps, et dont la tradition, malgré de louables efforts, tend véritablement à se perdre; cette clinique qui s'efforçait à faire des médecins, des praticiens, et non des curieux d'histologie, de micrographie et de chimie. Vous verriez que si vous aviez besoin d'observations cliniques pour une nouvelle édition de vos ouvrages, il faudrait que vous les rédigeassiez vous-même, car il ne faudrait plus compter sur vos internes, occupés qu'ils sont à tracer des courbes thermométriques et sphygmographiques, à compter, à décrire et à figurer les globules blancs et rouges du sang, penchés sur le microscope pour les recherches les plus délitates d'histologie et de chimie pathologiques, empêtrés dans un attirail d'appareils qui constituent ce qu'on appelle aujourd'hui un laboratoire. Encore n'en trouve-t-on pas assez et en réclame-t-on de toutes parts l'agrandissement.

Tout cela est dit, ici, sans esprit critique et frondeur. Comme vous, nous pensons qu'il faut unir la physiologie à la clinique, qui doivent s'éclairer l'une par l'autre. Et c'est à cette pensée qu'un serrement de cœur nous prend, très-honoré maître, en nous souvenant que c'était par votre enseignement, vos exemples, l'autorité et le respect qui entouraient vos leçons, que vous pouviez accomplir cette belle entreprise de préserver la clinique des envahissements de la physiologie en contenant celle-ci dans de justes et sages limites.

Au moment même où vous quittiez l'enseignement, vous preniez ce rôle si utile et si beau

barras du médecin en présence de symptômes si singuliers. L'indication la plus pressante était certes d'instituer le traitement des symptômes; aussi, le chloroforme fut-il administré en inhalations. Il ramena le calme, détermina des vomissements abondants, composés uniquement de pain et de vin. Le chloroforme avait donc réussi à faire disparaître les accidents par son action vomitive.

Dans le second exemple, une femme, après une digestion difficile, est prise d'angoisse, d'oppression, de vertige, de syncope et de quelques mouvements convulsifs. Une injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine fut suivie de vomissements alimentaires et d'une amélioration très-manifeste dans l'état de la malade.

Le chloroforme et la morphine peuvent donc, en favorisant les vomissements dans les cas d'indigestion grave, être employés avec avantage chez des malades qui sont souvent sans connaissance et ne peuvent rien avaler.

Dr Henri HUCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 décembre 1873. — Présidence de M. DE QUATREFAGES.

M. Dumas signale parmi les pièces de la correspondance : un volume illustré de M. Louis Figuier, qui porte pour titre : *Les merveilles de l'industrie*, et qui traite de la fabrication du verre, de la porcelaine, des poteries, de l'extraction du sel, etc. M. Dumas recommande « à tout le monde » la lecture de cet ouvrage; — un mémoire de M. le docteur Decaisne sur les eaux potables de la ville de Beauvais; — un nouveau volume de M. Turgan sur les *Grandes usines*, dans lequel sont exposées les fabrications des canons et des poudres; — un volume de M. Fernand Papillon, intitulé : *La nature et la vie.*

L'Académie procède ensuite à la nomination des commissions chargées de poser les questions pour le grand prix des sciences physiques à décerner en 1875, et, pour le prix Bordin, à décerner également en 1875. A ce propos, M. le vice-président Bertrand rappelle que, en vertu de la classification propre à l'Académie, la physique n'est pas comprise dans le cadre des sciences physiques (qu'il serait peut-être préférable, pour ce motif, de désigner sous le nom de sciences naturelles). La physique, à l'Académie, rentre dans les sciences mathématiques. La chimie fait partie des sciences physiques, ainsi que la médecine, etc.

Sur l'observation de M. Le Verrier, il est entendu que, si les commissions trouvent le délai

---

de modérateur qui convenait si bien à l'élévation de votre esprit et à sa portée philosophique. Vous aviez prévu et annoncé l'irruption imminente que les sciences chimico-physiques allaient faire dans la pathologie; mais vous aviez aussi prévu que si le terrible problème de l'homme malade peut être en quelques points éclairé par elles, ce n'est pas par elles qu'il peut être absolument résolu.

Veuillez agréer, très-honoré maître, mes plus respectueux sentiments.

Amédée LATOUR.

Éphémérides Médicales. — 20 DÉCEMBRE 1820.

Une ordonnance royale établit l'*Académie de médecine.* Ce Corps savant, destiné à remplacer l'ancienne Académie royale de chirurgie et la Société royale de médecine, se trouva divisé en trois sections : médecine, chirurgie, pharmacie, et composé d'honoraires, de titulaires, d'associés et d'adjoints. Portal en fut nommé président d'honneur.|— A. Ch.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS. — *Concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie dans les hôpitaux et hospices de Paris* (année 1874). — Le lundi 26 janvier 1874, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de *onze heures* à *trois heures.* Le registre d'inscription sera ouvert le vendredi 2 janvier et fermé le mercredi 14 du même mois, à *trois heures.*

trop court, elles pourront proroger jusqu'en 1876 l'époque à laquelle devront être décernés les prix.

M. Pasteur prend la parole et répond à la communication faite par M. Trécul dans la dernière séance. Nous n'analyserons pas plus aujourd'hui la réponse que nous n'avons analysé l'attaque dans notre précédent *Bulletin*. Cela nous prendrait une place énorme pour n'aboutir à aucun résultat précis. La question reste pendante. M. Trécul affirme que les spores du *Penicillium glaucum* se transforment en levûre de bière. M. Pasteur soutient que, en prenant les précautions qu'il indique contre l'introduction des poussières atmosphériques dans les ballons d'expériences, jamais il ne peut apparaître de levûre parmi les végétations du *Penicillium*. — M. Trécul répond à cela que toutes les précautions et tous les ballons sont absolument inutiles dans le cas dont il s'agit, puisqu'il est aisé de suivre avec les yeux, dans le champ du microscope, la transformation des spores du *Penicillium* en levûre. — « Pure illusion ! s'écrie M. Pasteur ; vous ne savez pas tout ce qui existe sur le porte-objet du microscope. Ce que vous prenez pour des transformations ne sont que des apparitions nouvelles venues des profondeurs de la goutte d'eau dont vous ne pouvez observer à la fois qu'une faible partie. » Le débat en est là.

Après de persévérants efforts de la part de M. le président, que cette discussion met mal à l'aise, on convient, de part et d'autre, qu'on se livrera à de nouvelles expériences.

M. Jamin formule au tableau les lois de l'aimantation de l'acier.

M. Berthelot a fait, il y a quelques séances, une communication qu'on peut considérer comme la conclusion de la vive discussion soulevée entre MM. Bouillaud et Cl. Bernard, sur l'origine de la chaleur animale.

Ni l'un ni l'autre des deux adversaires n'ayant demandé la parole après l'insertion aux *Comptes rendus* de la note de M. Berthelot, nous croyons pouvoir donner la solution de ce dernier :

« Quand Lavoisier eut découvert le phénomène chimique fondamental de la respiration, c'est-à-dire le dégagement dans les poumons d'une certaine quantité d'acide carbonique et la disparition d'un volume à peu près égal d'oxygène, il compara aussitôt ce phénomène à « une « combustion, à la vérité fort lente, mais d'ailleurs parfaitement comparable à celle du char- « bon ; elle se fait dans l'intérieur des poumons, sans dégager de lumière sensible, parce que la « matière du feu, devenue libre, est aussitôt absorbée par l'humidité de ces organes ; la « chaleur développée dans cette combustion se communique au sang qui traverse les pou- « mons et se répand dans tout le système animal. » (*Mémoire sur la chaleur*, par MM. Lavoisier et de Laplace, 1780. — *Œuvres de Lavoisier*, t. II, p. 231 ; 1862.)

« M. de Lagrange réfléchissant que, si toute la chaleur qui se distribue dans l'économie « animale se dégageait dans les poumons, il faudrait nécessairement que la température des « poumons fût tellement élevée que l'on aurait continuellement à craindre leur destruction, « et que, la température des poumons étant si considérablement différente de celle des autres « parties des animaux, il était impossible qu'on ne l'eût point encore observée ; il a cru pou- « voir en conclure, avec une grande probabilité, que toute la chaleur de l'économie animale « ne se dégageait pas seulement dans les poumons, mais bien dans toutes les parties où le « sang circulait. »

Voici maintenant ce que dit M. Berthelot : « D'après les recherches de MM. Andral et Gavarret, la quantité moyenne de carbone exhalée par un homme, sous forme d'acide carbonique, est comprise entre 10 et 12 gram. environ par heure, soit 0 gr,167 à 0 gr,200 par minute. En admettant que les matières qui ont fourni cet acide carbonique aient dégagé à peu près la même quantité de chaleur que du carbone pur, ce qui n'est pas très-éloigné de la vérité, cette chaleur serait capable d'élever de 1 degré par minute la température de 1 kilog. 300 à 1 kilog. 600 d'eau. En admettant seize inspirations par minute, chacune d'elles produirait donc, en moyenne, une quantité de chaleur capable d'élever de 1 degré 100 grammes d'eau, ou moins. Cette quantité de chaleur, répartie entre toute la masse des poumons, qu'on peut évaluer à 2 kilogrammes ou 2 kilog. 500 environ, ne saurait en élever la température que d'une très-petite fraction de degré (un vingtième à un vingt-cinquième de degré) par chaque inspiration. La circulation incessante du sang, dans les vaisseaux pulmonaires, sang dont le poids ne paraît pas éloigné de 300 à 400 grammes entre deux inspirations, jointe à l'influence du contact des parties voisines, absorberait d'ailleurs à mesure la chaleur produite, de façon à empêcher ses effets de s'accumuler.

« Il résulte de ce calcul que la réaction de l'oxygène sur les principes combustibles de l'organisation, même si elle se produisait tout entière dans les poumons, — ce qui n'est pas le cas, — ne donnerait lieu qu'à des effets difficiles à constater, loin de détruire l'organe qui servirait de siége à cette combustion. Les conclusions de Lagrange n'en étaient pas moins conformes à la réalité, quoique fondées sur des prémisses inexactes. Mais ce n'est pas la seule

fois dans l'histoire des sciences qu'un argument sans valeur est devenu l'origine de découvertes importantes. » — M. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 novembre 1873. — Présidence de M. Bernutz.

SOMMAIRE. — Correspondance. — *Note sur quelques points de l'intoxication professionnelle par le cuivre*, par le docteur Bailly (de l'Oise). — *État actuel de l'épidémie cholérique*, par M. Ernest Besnier. — *Cas d'arthrite blennorrhagique probable du larynx*, par M. Libermann. — Fin de la *discussion sur les injections veineuses dans le choléra* : M. Hayem.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance manuscrite comprend la lettre suivante de M. Dujardin-Beaumetz :

Le 14 novembre 1873.

A Monsieur le Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux.

Mon cher ami,

Retenu par le concours des prix de l'internat, je ne puis, à mon grand regret, assister à la séance de ce jour.

J'ai l'honneur de vous remettre, pour être présentée à la Société des hôpitaux, une brochure *Sur le chloralum et le choléra*, que M. Blanc m'a prié de vous offrir.

Des expériences ont été faites avec cette substance dans le service dont j'étais alors chargé à l'hôpital Beaujon, et une discussion vient de naître à ce propos entre M. Blanc et mon interne, M. Paulier.

Ce que je puis affirmer, c'est la complète exactitude des observations rédigées par M. Paulier, observations qui ont été publiées dans leur entier dans la *Gazette hebdomadaire*.

Le chloralum a fait disparaître rapidement les phénomènes d'algidité, mais il a provoqué chez nos malades une réaction congestive que nous n'avions pas encore observée et qui, dans tous les cas, s'est terminée par une issue fatale.

Je reconnais que les malades soumises à ce traitement étaient dans un état des plus graves, mais rien dans cette expérimentation ne vient plaider en faveur de cette nouvelle médication, qui a besoin, pour être jugée définitivement, de nouvelles recherches et de nouveaux essais.

Dans l'intérêt de la vérité, je désire que ces quelques réflexions soient insérées, s'il est possible, dans le procès-verbal.

Je vous remercie d'avance, et vous serre cordialement la main.

Dujardin-Beaumetz.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Choléra et chloralum*, prophylactif et antidote, par le docteur Henry Blanc. (Extrait de l'Union Médicale, octobre 1873.) Paris, 1873.

2° *Tribune médicale*, n°s 271, 272 et 273, 1873.

3° *Mouvement médical*, n°s 43, 44 et 45, 1873.

4° *Progrès médical*, n°s 20, 21 et 22, 1873.

5° *Journal d'oculistique*, n° 8, 1873.

6° *Étude sur l'épidémie de variole qui a sévi dans l'Eure en* 1870 *et* 1871. Évreux, 1873.

7° *De l'existence de l'entérite tuberculeuse indépendante de la tuberculisation pulmonaire*, par le docteur Levère. Montpellier, 1873.

8° *Gazette médicale de Bordeaux*, n°s 20 et 21, 1873.

9° *Lyon médical*, n°s 22 et 23, 1873.

10° *Archives de médecine navale*, n° 5, 1873.

11° *Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris*, 5e fascicule, de juillet à décembre 1872.

12° *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, t. VII, n°s 8 et 9. Bruxelles, 1873.

M. le docteur Bailly (de l'Oise) donne lecture d'un travail intitulé : *Du signe pathognomonique de l'intoxication cuivreuse.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bergeron, Hillairet et Bucquoy, rapporteur.

M. Ernest Besnier lit une septième note sur l'*état actuel de l'épidémie cholérique*. (Voyez l'Union Médicale du 18 novembre 1873.)

M. Libermann donne lecture d'une observation d'*arthrite, probablement blennorrhagique, du larynx*. (Cette observation sera publiée prochainement.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion *sur les injections veineuses dans le choléra.* — La parole est à M. HAYEM.

A propos de la question des injections veineuses, M. Hayem croit devoir revenir sur quelques-uns des points dont il a entretenu la Société dans la séance du 10 septembre. Il est important, en effet, pour bien comprendre les indications de ce traitement, de connaître les causes de l'arrêt du sang dans les vaisseaux et les résultats que produit cette stase.

La première période du choléra, celle qui est désignée sous le nom de période algide, pourrait s'appeler également stade de déshydratation. Le phénomène capital qui tient tous les autres sous sa dépendance, c'est la perte rapide d'une grande quantité de liquide. Cette perte s'effectue, comme on le sait, par le tube digestif, d'où l'importance capitale de l'étude des lésions du tube intestinal.

Dans sa communication du 19 septembre, M. Hayem a décrit en quelques mots les lésions de l'intestin. Elles n'ont rien de spécifique, mais elles n'en sont pas moins caractéristiques par leur étendue, leur évolution rapide, l'importance des phénomènes vasculaires, etc. Considérées en elles-même, les lésions anatomiques diffèrent peu de celles du catarrhe intense avec psorentérie plus ou moins étendue. Les glandes de Peyer sont souvent prises, il est vrai, comme au début de la fièvre typhoïde; mais cette altération est moins profonde que dans cette dernière maladie, et elle n'aboutit pas à la destruction d'une partie du tissu.

Ces faits d'anatomie pathologique sont simples, et, dans l'épidémie actuelle, ils s'offraient avec les mêmes caractères qu'en 1865-66, avec cette différence, toutefois, qu'à l'hôpital des Enfants, où M. Hayem a observé la plupart des cas recueillis en 1865, la lésion des plaques de Peyer était beaucoup plus considérable que cette année chez les adultes.

Cependant deux observateurs distingués, MM. Kelsch et Renaut, ont fait connaître à notre Société, dans la séance du 26 septembre, des résultats différents de ceux que M. Hayem avait observés de son côté. Ainsi, dans leur travail publié dans le *Progrès médical* (4 et 11 octobre), ils décrivent une altération profonde des glandes en tubes consistant en une destruction de la partie superficielle, l'extrémité borgne restant seule reconnaissable. Ils ajoutent, de plus, que la muqueuse altérée se recouvre d'un tissu de bourgeons charnus, c'est-à-dire « d'un tissu composé de jeunes cellules embryonnaires, soutenues par une substance fondamentale très-vague et traversée par des vaisseaux de nouvelle formation gorgés de sang. »

M. Hayem a constaté, au contraire, en 1873 comme en 1865, que les glandes en tubes, malgré une altération plus ou moins marquée de l'épithélium, sont, en général, faciles à retrouver, même dans le voisinage des follicules clos ou agminés les plus altérés. Lorsque, par suite des manipulations, le revêtement épithélial des glandes s'est détaché, il est facile de reconnaître dans la muqueuse la place qu'il occupait, et de retrouver la forme et la disposition de la glande vide. De plus, malgré les altérations profondes du tissu de la muqueuse, M. Hayem ne croit pas que l'expression de « tissu de bourgeons charnus » soit exacte. Ce n'est pas, en effet, un tissu nouveau, mais un tissu ancien modifié, infiltré d'éléments jeunes, il est vrai, mais qui sont dans la trame même de la muqueuse et des villosités, et non dans une substance fondamentale nouvelle. De même, les vaisseaux gorgés de sang qu'on peut voir quelquefois jusqu'à l'extrémité des villosités ne sont pas des vaisseaux de nouvelle formation, mais bien les vaisseaux préexistants plus ou moins modifiés par la stase et l'inflammation.

La formation d'un tissu de bourgeons charnus entraîne, au moment de la guérison, celle d'une cicatrice. Rien de semblable ne se voit dans le choléra. Les lésions de cette maladie sont graves par leur étendue énorme, leur évolution rapide, mais non pas leur profondeur, et, au moment de la convalescence, la restitution *ad integrum* se fait avec une grande rapidité, et par un processus bien simple, car la muqueuse n'est ni détruite ni remplacée par un tissu nouveau. L'épithélium superficiel, qui n'est jamais complétement desquamé, se reproduit avec ses caractères normaux; les produits exsudés et les cellules embryonnaires ou lymphoïdes qui imprègnent le tissu lâche des villosités et de la muqueuse, se résorbent après avoir subi la transformation graisseuse, et tout rentre dans l'ordre, comme à la suite des inflammations dites catarrhales.

Le danger de la période de réaction n'est pas dans la persistance des lésions du tube digestif, ainsi que le fait croire inévitablement une description dans laquelle on représente la muqueuse comme transformée en tissu de cicatrice, privé de glandes. Le danger, dit M. Hayem, est tout en entier dans les altérations que subit le sang par le fait de la *stase.*

Et, de même que la période algide pourrait porter, au point de vue de la physiologie pathologique, le nom du phénomène principal qui en détermine les symptômes, soit la déshydratation, de même la période dite de réaction pourrait s'appeler période de *toxhémie secondaire.*

Il est, en effet, impossible d'admettre que le sang puisse s'arrêter pendant plusieurs heures dans un grand nombre de capillaires, au point que l'ouverture d'une grosse veine ne donne plus issue qu'à quelques gouttes, sans qu'il subisse des altérations extrêmement importantes.

Au moment où l'absorption intestinale ramène du liquide dans les vaisseaux et permet au sang de reprendre son cours, les organes se trouvent alors traversés par un liquide dont la composition s'éloigne forcément et pendant un temps plus ou moins long du sang normal, et sous cette influence on voit survenir toute une série de phénomènes graves du côté des principales fonctions, phénomènes qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'état toxique du sang. Parmi eux nous citerons seulement pour mémoire les troubles rénaux, les phénomènes cérébraux, les troubles circulatoires, et ces éruptions cutanées qui indiquent un effort d'élimination par la peau de principes nuisibles.

Mais quelles sont ces altérations du sang, si redoutables que bien souvent les malades qui ont échappé au danger de la stase succombent par le fait de la toxhémie? Elles sont encore inconnues. M. Hayem rappelle seulement que certaines expériences de M. Schiff ont démontré que, pendant la stase, il se développe dans le sang un ferment qui réduit la matière glycogène du foie et détermine ainsi la glycosurie. Mais cependant on peut affirmer que l'arrêt du sang dans les vaisseaux est la source, non-seulement du développement d'un ferment, mais encore d'altération des éléments; car le microscope révèle des changements morphologiques importants.

Dans la note que nous avons citée plus haut, M. Hayem a indiqué ces altérations. D'après lui, le fait le plus important est la présence dans le sang de petits globules rouges, fait qu'il avait déjà noté en 1865-66 avec M. Hénocque, et qui a été signalé également par MM. Kelsch et Renaut dans leur communication intéressante.

Pour ces auteurs, ces petits éléments seraient dus à une sorte de rapetissement et de dessèchement des globules rouges. Cette théorie a été acceptée par M. Ball dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu (28 octobre 1873, p. 795).

« Il est aisé, ce nous semble, dit M. Ball, d'interpréter les données que nous fournit ici l'analyse micrographique. Un certain nombre de globules rouges, sous l'influence du poison cholérique, sont frappés de mort; ils se rapetissent et sont éliminés plus tard lorsque l'organisme tend à revenir à la santé. »

Eh bien, malgré son ingéniosité, cette interprétation n'est qu'une vue de l'esprit impossible à démontrer. On peut même dire qu'il est remarquable de voir des observateurs distingués, à propos d'une explication aussi bizarre que celle du rapetissement des globules du sang sous l'influence « du poison cholérique », être satisfaits de l'aisance avec laquelle on peut interpréter l'analyse micrographique.

M. Hayem décrit de nouveau comment, d'après lui, l'apparition de ces petits globules est un des résultats de la stase (voir la communication du 19 septembre). On sait depuis l'expérience de Connheim sur la stase, expérience si simple et si facile à répéter, que ce phénomène détermine le passage à travers les parois des vaisseaux d'un certain nombre de globules rouges. On doit admettre que, pendant la stase cholérique, alors que les extrémités sont froides et violettes, et que les capillaires sont distendus par un sang épais et stagnant, un nombre plus ou moins grand de globules rouges sont, comme dans d'autres variétés de stase, en voie d'extravasation par diapédèse.

Au moment de la reprise du cours du sang, un grand nombre de globules à demi-engagés à travers la paroi vasculaire et offrant l'aspect d'un double bouton, se trouvent brisés au niveau de leur étranglement dans la paroi et entraînés dans la circulation. C'est alors qu'on trouve dans le sang ces petits éléments de dimension si variables. Ce ne sont que des fragments de globules rouges, fragments qui sont entraînés avec les globules normaux lorsque, par une piqûre ou une incision faite pour l'examen, on détermine un courant sanguin dans les capillaires où il y a stase. Ce sont ces fragments qui, circulant dans le sang au moment de la réaction, sont rapidement détruits, et vont augmenter les matières colorantes de l'urine.

Pour démontrer que la stase sanguine fait apparaître dans le sang des petits globules analogues, M. Hayem a fait une expérience très-simple.

On place une ligature moyennement serrée sur la patte d'un cochon d'Inde. Au bout de une à deux heures, la peau de la région plantaire est déjà livide et froide; plus tard, il se forme un gonflement œdémateux. Si, dans ces conditions, on examine au bout de trois, quatre à cinq heures le sang extrait à l'aide d'une piqûre et d'une petite incision, on y voit un grand nombre de petits globules rouges de dimensions très-variables, analogues à ceux du sang des cholériques (1).

(1) Lorsque la partie comprise au-dessous de la ligature s'œdématie, on obtient à la fois le résultat de l'œdème et celui de la stase. L'œdème fournit une sérosité qui contient des globules rouges ou des fragments de ces globules. Ils sont sphériques, pâles, en voie de dissolution, et ne tardent pas à disparaître en laissant seulement un stroma incolore et délicat. — La stase donne naissance à des fragments de globules qui, suspendus dans un plasma peu altéré, conservent la couleur et les caractères des globules entiers, et prennent comme eux, par exemple, au bout d'un temps plus ou moins long, l'aspect dit crenelé ou muriforme.

On le voit donc, malgré les lacunes considérables à combler touchant les altérations du sang, les faits sur lesquels M. Hayem insiste tendent à prouver l'importance de la stase comme point de départ de quelques-unes d'entre elles.

Aussi le but que le médecin doit se proposer dans le traitement du choléra est-il de prévenir la stase ou d'en diminuer la durée et l'étendue.

Les injections intra-veineuses, dont on discute la valeur, sont employées trop tard, d'après M. Hayem; on doit les essayer au début de la stase, avant que la toxhémie qui en résulte se soit produite.

Le Secrétaire : Ch. FERNET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — La Société de médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau et de ses commissions, qui, pour l'année 1874, sont composés comme il suit :

Président, M. Guérard; — vice-présidents, MM. Chaudé, Mialhe; — Secrétaire général, M. Gallard; — Secrétaires des séances, MM. E. Horteloup, Ladreit de la Charrière; — Trésorier, M. Mayet; — Archiviste, M. Jules Falret.

Membres de la commission permanente, chargée de répondre dans l'intervalle des séances à toutes les demandes de consultation ou d'avis dont la solution a un caractère d'urgence : MM. Guérard, Gallard, Béhier, Chaudé, Cornil, Falret, Hémar, Hemey, Paul Horteloup, Roucher, Tarnier.

Membres du conseil de famille : MM. Béhier, Devergie, Mayet, Mialhe, de Rothschild.

Membres du comité de publication : MM. Brierre de Boismont, Chaudé, Gobley, Legrand du Saulle, Mouton.

La Société, qui, dans une précédente séance, avait nommé membres correspondants nationaux : MM. Henri Boudet, procureur de la République à Épernay; Huart de Verneuil, procureur de la République à Sancerre; E. Lallement, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Nancy, vient de déclarer la vacance de deux places de membres titulaires et de douze places de membres correspondants nationaux.

Les candidats à ces places sont invités à faire parvenir leur demande, dans le plus bref délai, à M. le docteur T. Gallard, secrétaire général, 7, *rue Monsigny*, à Paris.

RECTIFICATION. — Nous recevons la lettre suivante, que nous nous empressons de publier :

Fribourg (Suisse), 12 décembre 1873.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je pense qu'il y a beaucoup de lecteurs de l'UNION MÉDICALE en Suisse; il n'y en a peut-être qu'un à Fribourg.

Permettez à celui-là, qui vous lit quelquefois tard, mais toujours, une petite rectification à l'honneur du nom fribourgeois, que M. N. G... (feuilleton de l'UNION MÉDIC. du 27 nov. 1873) accuse d'ingratitude, ou tout au moins d'oubli impardonnable.

M. N. G... a passé par Fribourg, et dit en paroles bien senties ce qu'il a éprouvé en voyant l'un des grands ponts et en entendant les orgues de Mooser, deux merveilles que des flots d'étrangers viennent chaque année voir et entendre.

Il découvre que ce pont a été construit par un Français « dont il aurait voulu voir le nom « gravé en lettres d'or à l'entrée du pont; mais, dit-il, on ne pense pas à tout, même dans la « patrie de Guillaume Tell... »

En levant les yeux, M. N. G... aurait pu lire sur le fronton de la face urbaine du portique :

CONCEPIT, EREXIT J. CHALEY,
OPE CIVIUM. MDCCCXXXIV.

Vous pensez peut-être que Chaley était un ingénieur de profession? Détrompez-vous : c'était un médecin de Lyon très-honorablement connu, mort il y a quelques années, et dont les journaux de cette ville ont entretenu leurs lecteurs. Le docteur Chaley a laissé chez nous un bon souvenir, et a quitté Fribourg pour Lyon, où, si je ne me trompe, d'autres travaux dans le génie civil lui sont dus.

Nous n'avons donc pas été aussi dénués de mémoire que M. N. G... veut bien le dire.

Recevez, Monsieur et très-honoré confrère, avec ma rectification tardive, l'assurance de ma respectueuse considération. BUMAN, D. M. P., médecin de l'hôpital.

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, page 956, article intitulé : RECTIFICATION, signature. Au lieu de : PANHIOTTI, lisez : *Pacchiotti.*

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

REVUE CLINIQUE

Intoxication saturnine. — Transmission et incubation de la fièvre typhoïde.

Sous ce titre, nous nous proposons de publier les observations qui nous paraitront dignes d'intérêt au point de vue du diagnostic, des symptômes ou de la thérapeutique.

Les sciences physiques et chimiques ont apporté leur contingent aux moyens d'exploration des malades, et dans ces dernières années, la sphygmographie, la cardiographie, la thermométrie sont venues, dans certains cas, confirmer les faits que l'observation avait déjà révélés ou en donner la démonstration ; dans d'autres cas, ces moyens d'investigation ont jeté une vive lumière sur des faits jusqu'alors inexpliqués. Grâce aussi aux progrès de l'histologie et de la physiologie, l'étude de la pathogénie est entrée dans une voie toute nouvelle, l'expérimentation a révélé des faits inattendus.

Mais nous laisserons à d'autres l'étude de la physiologie pathogénique et de l'anatomie histologique. Dans le cadre que nous trace le titre même de notre article, nous voulons nous borner à l'observation clinique, c'est-à-dire à l'étude du malade.

Cette étude est celle par laquelle doit commencer l'éducation médicale. C'est l'étude approfondie des symptômes qui permet seulement de réaliser le but si honorable que nous nous proposons tous : Soulager ceux qui souffrent!

Quand, sous le charme d'un enseignement éloquent, notre imagination suit les conséquences d'une expérience ou se berce des théories les plus séduisantes, il nous suffit, hélas! le plus souvent, de chercher la réalisation de ces espérances et même la démonstration de ces belles théories sur le malade, pour être convaincus bien vite de notre impuissance.

Il ne faut pas pour cela céder au découragement. La clinique médicale est la pierre de touche des faits d'expérimentation physiologique. La complexité des phénomènes physiologiques impose une étude comparative des diverses conditions d'expérimentation. Les expériences de laboratoire demandent leur confirmation à la clinique. De l'examen comparatif des faits fournis par l'expérimentation et par l'observation clinique peuvent seuls sortir des faits précis et incontestés. Ceux-ci sont la seule base solide de toute théorie, le critérium sans appel de tout système.

Nous rechercherons donc les cas qui peuvent intéresser nos lecteurs, soit par la comparaison des symptômes, la marche ou les complications des maladies, les lésions anatomiques ou le traitement.

Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Oulmont, un malade affecté d'intoxication saturnine dont l'observation offre quelque intérêt.

Il s'agit d'un jeune homme de 34 ans, bachelier ès lettres, professeur, qui, par suite d'une série d'événements malheureux, a dû à 33 ans, entrer, pour gagner sa vie, dans une fabrique de céruse.

Le malade entra à la manufacture de Clichy au mois de février 1873. Au bout de trois semaines, il fut pris de coliques, de douleurs musculaires et articulaires, puis d'accidents cérébraux : épilepsie, bégayement, perte de la mémoire, agitation, délire. Il entra à l'hôpital Beaujon et y resta trois mois. A sa sortie, les accidents aigus avaient disparu ; il rentra à la fabrique en ne présentant plus qu'un peu de faiblesse de la mémoire ; il ne bégaye plus.

Deux mois après sa rentrée à Clichy, il était repris de nouveaux accidents en tout semblables à ceux de la première attaque. Il entre le 19 août à Lariboisière et en sort le 15 septembre. Il avait de nouveau présenté des symptômes cérébraux. Il resta à Vincennes jusqu'au 15 octobre, et reprit, à son retour, du travail à Clichy. Il tomba immédiatement malade, et rentra à l'Hôtel-Dieu le 4 novembre 1873.

4 novembre. État actuel : Homme affaibli, profondément anémique. Couleur mate de la peau. Ongles avec pourtour noir de sulfure de plomb. Liseré gengival bleuâtre. Haleine fétide. Constipation opiniâtre. Ventre rétracté. Coliques très-fréquentes soulagées par la pression. Pas de vomissements. Anorexie.

Arthralgie. Myalgie. Anesthésie et analgésie générales, mais surtout très-marquées aux avant-bras. La sensibilité à la chaleur et au froid paraît aussi modifiée. Pas de paralysies des

extenseurs des doigts, mais la force est bien diminuée; on peut fléchir facilement les poignets, surtout à gauche, où la résistance est moins prononcée.

Parfois le malade est calme et marmotte dans son lit des paroles inintelligibles, tantôt il éprouve le besoin de marcher et se promène dans la salle. La mémoire est très-affaiblie. Il part tout à coup, et arrivé au milieu de l'escalier, s'arrête ne sachant plus où aller; il dit avoir perdu la mémoire en route.

Tremblement de la langue et des lèvres. Bégayement très-prononcé. Il est parfois comme hébété et ne trouve pas ses mots.

Il existe du tremblement des membres supérieurs. L'interne du service, M. Voisin, qui a bien voulu nous donner ces renseignements, nous apprend qu'il n'y a pas d'antécédents alcooliques. Il n'a eu d'accès épileptiforme que le jour de son entrée.

Pas d'amaurose. Pas d'albuminurie. Bruit de souffle anémique.

Le malade prit deux fois le traitement de la Charité, puis fut mis à l'iodure de potassium. Malgré ce traitement, les coliques et la constipation persistèrent, ainsi que la céphalalgie et le bégayement.

Le 1er décembre, il fut pris tout à coup d'hallucinations de l'ouïe et surtout de la vue. Il se mit à crier, à tempêter, à crier à l'assassin, etc.; on est obligé de lui mettre la camisole de force. On reprend le traitement de la Charité. La nuit fut un peu plus calme.

4 décembre. A la visite, nous le trouvons dans un état d'hébétude très-marqué. Il regarde autour de lui d'un œil hagard, marmotte des mots inintelligibles, veut se lever, mais ne fait pas de grands efforts.

Quand on l'interpelle, on attire son attention : il vous parle, répond assez bien, mais bientôt il détourne la tête, ne fait plus attention à vous. Il se plaint de céphalalgie, n'a pas d'accès épileptiforme. Bégayement; l'haleine est toujours aussi fétide. Traitement de la Charité.

5 décembre. Délire toute la journée et toute la nuit. Il crie qu'on veut l'empoisonner. Il trouble le repos des autres malades. Il est décidé qu'il partira pour l'asile Sainte-Anne.

6 décembre. La nuit a été calme: le malade semble se réveiller d'un mauvais rêve. Il se rend compte de la situation anormale où il a été.

Il prie tout le monde de l'excuser. Son bégayement a diminué.

7 décembre. Son état s'améliore; il est très-calme.

10 décembre. Depuis trois jours, son état a été en s'améliorant; son bégayement a disparu, et dans quelques jours, on l'enverra à Vincennes.

Cette observation nous a paru intéressante à publier. On y observe le tableau complet de l'intoxication saturnine. Il est regrettable que le malade n'ait pu nous renseigner sur ses antécédents héréditaires. C'est un homme déclassé, et qui, de professeur, a été obligé, à la suite de revers répétés, d'entrer comme ouvrier dans la fabrique de Clichy. Là, au bout de trois semaines de séjour, il est pris de coliques de plomb, de douleurs articulaires et musculaires, et d'épilepsie saturnine. On remarquera avec quelle rapidité l'intoxication a eu lieu et combien ses manifestations ont été multiples. Trois mois de séjour à l'hôpital Beaujon ont fait cesser tous les accidents.

Nouveau séjour à la fabrique, nouvelle intoxication au bout de deux mois. Cette série d'accidents saturnins disparaît de nouveau à la suite d'un séjour prolongé à Lariboisière et à Vincennes.

Au bout de quinze jours de travail à Clichy, il retombe malade, et c'est alors que nous avons pu l'observer dans le service de M. Oulmont.

Dans cette nouvelle attaque, il a montré presque tous les symptômes de l'intoxication saturnine.

Anémie, coloration mate de la peau; liseré des ongles et des gencives; haleine fétide; coliques de plomb; rétraction du ventre, comme on l'observe surtout dans le cas de coliques violentes, mais pas de vomissements.

Céphalalgie; arthralgie; myalgie.

Il n'y a pas eu, à proprement parler, de paralysie des extenseurs, mais on a constaté une diminution dans leur pouvoir contractile.

L'anesthésie et l'analgésie ont été plus marquées par places, et principalement aux avant-bras. On remarquera l'absence d'albuminurie. Les manifestations cérébrales ont été multiples. Dans ses premières attaques, il avait eu de l'épilepsie; dans celle que nous venons de décrire, il n'avait eu qu'une seule attaque à son

entrée à l'Hôtel-Dieu. Puis c'est la forme délirante qui a prédominé. Il n'y a eu d'abord qu'une simple divagation dans les idées, sans agitation ; puis bientôt le malade s'est mis à jurer, crier, vociférer; il a eu des hallucinations. Il a eu un accès de manie aiguë qui s'est terminé, comme on le remarque souvent dans cette forme, après un sommeil de quelques heures. Cependant, les récidives sont quelquefois à craindre, car on a vu des malades, après une suspension de un à trois jours, repris des mêmes accidents.

Nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de M. le professeur Sée, un cas intéressant au point de vue de la transmission et de l'incubation de la fièvre typhoïde. Il s'agit d'une jeune femme qui perdit son mari d'une fièvre typhoïde le 16 novembre dernier. Elle s'est alitée vers le 22 novembre. Du 16 au 22, elle traînait. A son entrée, le 4 décembre, elle présentait déjà des taches rosées lenticulaires, de la sibilance dans la poitrine. La température était de 39° le matin et de 40° le soir.

Elle était donc malade depuis une dizaine de jours. Il y a eu évidemment contagion (il n'y avait pas d'autres fièvres typhoïdes dans la maison), et l'incubation a dû durer dix jours.

M. le professeur Sée, à propos de cette malade, a aussi appelé l'attention de ses élèves sur une particularité thérapeutique. Il s'agit de l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde, traitement fort à la mode en Allemagne en ce moment. La malade, à son entrée à l'hôpital, était déjà un peu sourde. Une seule dose de sulfate de quinine la rendit sourde complétement; on dut donc renoncer à l'emploi de ce médicament. M. Sée recommande une grande circonspection dans l'emploi du sulfate de quinine. On sait que, sous cette influence, des malades sont devenus sourds d'une manière définitive.

Dans le cas dont nous venons de parler, la fièvre typhoïde a suivi son cours normal. La surdité complète, survenue à la suite de l'emploi du sulfate de quinine, a disparu entièrement, et la malade, guérie, a quitté l'hôpital.

Dr Bottentuit,
Médecin consultant aux eaux de Plombières.

PATHOLOGIE

NOTE SUR UN CAS D'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE PROBABLE DU LARYNX;

Lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 14 novembre 1873,

Par M. le docteur Libermann.

Quoique on conçoive théoriquement la possibilité de l'inflammation des articulations du larynx, personne, que je sache, n'a signalé d'observation d'arthrite laryngienne. J'ai parcouru en vain tous les recueils scientifiques pour en trouver des exemples, mais les journaux de médecine, comme les traités spéciaux de laryngoscopie, sont muets à cet égard. Dans le courant du mois de mai, j'ai eu l'occasion de recevoir dans mon service un homme qui, à la suite de la suppression brusque d'une blennorrhagie aiguë, fut pris d'aphonie causée par une affection laryngienne que je n'ai pu rattacher qu'à l'arthrite, et que j'ai cru devoir qualifier d'arthrite blennorrhagique, à cause de la succession des symptômes. J'aurais voulu vous présenter le malade, qui a été vu par tous mes collègues de l'hôpital du Gros-Caillou, mais des circonstances indépendantes de ma volonté m'ayant forcé de manquer à une de nos séances, je n'aurais pu vous montrer à la séance suivante qu'un malade guéri qui n'eût plus offert d'intérêt. Je vous demande donc la permission de lire son observation, que j'ai recueillie moi-même avec le plus grand soin, et j'y ajouterai les quelques réflexions qui m'ont déterminé à établir le diagnostic d'arthrite blennorrhagique, que je ne donne que comme probable, à cause de la nouveauté du fait et de l'incertitude naturelle qu'on éprouve toujours en face de l'inconnu.

X... (Pierre), âgé de 26 ans, soldat au 39e de ligne, d'une constitution moyenne, d'un tempérament mixte, n'a jamais eu que quelques maladies insignifiantes. Il a été atteint dans son enfance d'angine simple; dans le courant de l'année 1872, de quelques douleurs rhumatismales.

Le 28 avril 1873, il contracte une blennorrhagie caractérisée par un écoulement muco-purulent peu abondant et quelques douleurs en urinant.

Le 15 mai, suppression brusque de l'écoulement; immédiatement après, douleurs dans les articulations scapulo-humérales et fémoro-tibiales, sans gonflement articulaire; au bout de trois ou quatre jours, douleurs vives dans la région laryngienne, accompagnées d'aphonie complète, pour laquelle le malade entre dans notre service, salle 16, lit n° 14.

Au moment de notre visite du matin, le 21 mai, nous le trouvons sans fièvre; les douleurs articulaires ont cessé depuis l'apparition de l'aphonie; il accuse seulement une douleur très-vive dans la région laryngienne gauche; à la pression de la moitié gauche du cartilage thyroïde, augmentation de la douleur; la voix est enrouée, presque aphone. A l'examen laryngoscopique, que je pratique immédiatement, je constate une tuméfaction notable du cartilage aryténoïde gauche, surtout à sa partie articulaire, qui présente un renflement globuleux très-considérable, sur lequel, *en promenant une sonde laryngienne, on perçoit une sensation assez nette de fluctuation.* La muqueuse qui recouvre l'aryténoïde est rouge, mais la rougeur ne dépasse pas le cartilage, les parties voisines sont parfaitement saines. La corde vocale gauche est plus étroite que sa congénère et ne se rapproche pas de la ligne médiane. Quand le malade prononce la voyelle *e*, elle reste immobile.

L'examen le plus attentif de la poitrine ne révèle aucune lésion pulmonaire; je dois dire cependant que le malade a des antécédents fâcheux, sous ce rapport, dans sa famille. Son père tousse depuis de longues années; son frère, plus âgé que lui, est également atteint de bronchite chronique dont X... ne peut spécifier la nature. *Il n'a jamais eu d'affection syphilitique.*

En présence de ces lésions, et à cause de l'ordre de succession des symptômes, je crois pouvoir diagnostiquer une arthrite blennorrhagique de l'articulation ary-cricoïdienne. Je soumets le malade à des applications de vésicatoires sur la région laryngienne et à des badigeonnages quotidiens de teinture d'opium et d'iode à parties égales, portés sur l'articulation à l'aide du porte-éponge laryngien. Au bout de quelques jours, sous l'influence du traitement, les douleurs laryngiennes cèdent; la voix revient peu à peu, et le malade sort guéri le 30 juin.

L'examen laryngoscopique pratiqué en ce moment donne le résultat suivant : Le cartilage aryténoïde et l'articulation crico-aryténoïdienne gauche sont parfaitement revenus à l'état normal, mais la corde vocale gauche n'a pas repris complétement son volume (atrophie légère de la corde) et ne se rapproche pas tout à fait de sa congénère; la voix cependant présente à peu près son timbre habituel.

En présence du fait nouveau qui s'offrait à mes yeux j'éprouvais, on le conçoit, une certaine hésitation. Cependant je ne pouvais avoir affaire qu'à une périchondrite ou chondrite de l'aryténoïde, ou à un rhumatisme de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Qu'on me permette d'exposer les raisons qui m'ont fait pencher pour cette dernière opinion.

Je déclare, avant d'entrer dans la discussion, que je rejetais d'emblée l'idée d'une inflammation circonscrite purement à la muqueuse; car : 1° cette inflammation n'eût pas été limitée exclusivement à la muqueuse du cartilage aryténoïde gauche; 2° elle n'eût pas présenté une tuméfaction considérable, surtout au niveau de l'articulation; 3° je n'aurais pas, au toucher, éprouvé à ce niveau une sensation de fluctuation manifeste; enfin, l'inflammation de la muqueuse aurait eu une cause déterminante : éruption herpétique, ulcérations catarrhales ou spécifiques.

Rien de semblable n'existait; il ne me restait qu'à éliminer l'idée de périchondrite et de chondrite. Les périchondrites et les chondrites des cartilages laryngiens sont primitives ou secondaires. Dans le premier cas, elles dépendent d'une maladie générale, syphilis, tubercules, scrofules; dans le second, d'ulcérations plus ou moins profondes qui en amènent l'inflammation et, consécutivement, la carie ou la nécrose. Notre malade n'avait ni antécédents scrofuleux ni syphilitiques. L'examen le plus attentif ne révélait aucune lésion dans la poitrine, et, quoiqu'il eût des parents atteints de bronchite chronique, on ne pouvait songer à

une périchondrite ou chondrite tuberculeuse : 1° parce que cette lésion déjà avancée de la phthisie laryngée coïncide le plus ordinairement avec des lésions caractéristiques du poumon; 2° qu'elle n'attaque pas, en général, un seul cartilage; 3° qu'elle s'accompagne *toujours* d'autres lésions de la tuberculose laryngée, telles que des ulcérations ou, au moins, l'état de plissement particulier de la muqueuse interaryténoïdienne due à l'hypertrophie des follicules muqueux de cette région.

Je puis établir ces assertions d'une façon positive, car je les ai vérifiées sur plus de 500 cas de phthisie laryngée qui me sont passés sous les yeux depuis six ans.

Enfin, quoique la muqueuse aryténoïdienne fût rouge et tuméfiée, la tuméfaction était surtout marquée à la base du cartilage au niveau de l'articulation, qui présentait un renflement globuleux très-marqué, sur lequel, au moyen d'une sonde laryngienne, on percevait assez manifestement une sensation de fluctuation.

A l'aide de ces deux caractères et du diagnostic par élimination, je crus pouvoir établir l'existence d'une arthrite crico-aryténoïdienne.

Maintenant, à quelle espèce d'arthrite avais-je affaire?

La cessation brusque de l'écoulement blennorrhagique, les douleurs rhumatismales des membres éprouvées immédiatement après, suivies de douleurs laryngiennes et d'aphonie, l'existence d'une mono-arthrite m'ont fait pencher vers une arthrite blennorrhagique. Rollet, il est vrai, dans son beau mémoire sur l'arthrite blennorrhagique, n'admet pas qu'elle soit due à la brusque cessation de l'écoulement, parce qu'il rejette la métastase; mais des auteurs dignes de foi, tels que Bonnet et Foucart, sont d'un avis opposé; ils ne réservent même le nom d'arthrite blennorrhagique qu'à celles qui sont survenues dans ces conditions.

Quoi qu'il en soit de ces opinions, que nous ne pouvons discuter ici, il est certain que la brusque suppression d'un écoulement est favorable à la production de l'arthrite, et notre malade se trouvait dans ce cas.

Nous appelons aussi l'attention sur l'état des cordes vocales. La corde vocale gauche est immobile et ne se rapproche pas de sa congénère; cette immobilité est évidemment due au défaut de mouvement de l'articulation crico-aryténoïdienne. Après la guérison, la corde vocale se meut de nouveau, mais n'est pas revenue à son volume normal, probablement à la suite d'une atrophie légère produite par une immobilité de quatre à cinq semaines. Le traitement a été des plus simples : il a consisté en deux vésicatoires sur la région laryngienne et en applications quotidiennes de teinture d'iode mélangée de laudanum.

Ces applications topiques soulagèrent presque immédiatement le malade et firent cesser les douleurs au bout de quelques jours.

Le traitement total ne dura que cinq semaines et nous fournit encore une preuve de plus que nous n'avions pas affaire à une chondrite ou périchondrite tuberculeuse, car jamais ces affections ne disparaissent aussi rapidement.

De l'analyse de cette observation, nous croyons pouvoir conclure qn'il existe une arthrite du larynx;

Que cette arthrite a pour signes, autant qu'on peut en juger par une seule observation :

1° Une douleur vive siégeant dans la région laryngienne, qui peut être augmentée par la pression extérieure ;

2° La rougeur et la tuméfaction de la muqueuse dans une partie assez circonscrite autour de l'articulation;

3° Une sensation de fluctuation qu'on peut percevoir, au moins dans certains cas, au niveau de l'articulation, au moyen de la sonde laryngienne;

4° Enfin, qu'on peut observer dans le larynx l'arthrite blennorrhagique avec sa forme mono-arthritique.

TOXICOLOGIE

EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS.

Monsieur le rédacteur,

La lettre de M. le docteur Cosserat, insérée dans votre numéro du 6 novembre dernier, me rappelle un empoisonnement par les champignons que j'ai observé, également dans les Vosges, en septembre 1870.

Les observations ont été tout autres que dans l'observation de M. Cosserat. Aussi bien, la substance toxique n'était probablement pas la même. Je donnerai plus loin, en quelques mots, les caractères des champignons ingérés par mes malades.

Il y a peut-être quelque utilité à attirer l'attention sur cet ordre de faits, car la toxicologie des champignons est presque entièrement inconnue.

La famille auprès de laquelle je fus appelé se composait de six personnes. D'après les renseignements que j'obtins plus tard, voici dans quelles proportions le poison fut ingéré. (C'était un mélange de champignons, d'ognons et de pommes de terre.)

Ce fut le père qui en mangea le plus; puis le fils, 15 ans environ; la fille, 18 ans; la mère, 45 ans; les deux petits, de 5 à 10 ans.

Au bout de trois quarts d'heure, les accidents parurent chez tous :

Le père rentra du travail, pris de vertige, et se coucha sans vomir.

Le fils vomit une fois.

La fille eut du vertige sans vomissements.

La femme vomit.

Les deux petits vomirent beaucoup et peu de temps après le repas. Ils ne se couchèrent pas et guérirent entièrement en quatre heures.

Tous, excepté les deux derniers, passèrent un temps plus ou moins long sans connaissance, dans un sommeil dont on pouvait plus ou moins aisément les tirer. Ils retombaient dès qu'on les laissait en repos.

Ce sommeil me parut absolument semblable à celui de l'alcool. J'ai d'autant plus de certitude à cet égard, qu'appelé quelques jours après chez deux jeunes gens ivres-morts, je constatai les mêmes symptômes, et que je crus, en l'absence de renseignements, à un empoisonnement pareil à celui qui fait l'objet de cette lettre.

Mon traitement consista dans l'émétique, le café, et surtout, l'effort continuel pour tenir les malades éveillés. On les secoua, on leur parla, on les flagella jusqu'au réveil complet.

Ils vomirent tous, plus ou moins, et n'eurent pas de selles. Ils guérirent tous les six et j'eus les résultats suivants :

Le père resta endormi onze heures; le fils quatre heures; la fille deux heures; la mère quatre heures.

Les petits ne perdirent pas connaissance.

Les accidents comateux prirent successivement : le fils; puis la fille; la mère; enfin le père.

Personne n'eut de coliques ni de maux de tête.

Réveillés, ils éprouvèrent des secousses peu intenses, dans les bras surtout.

Le mari, pendant deux heures. Il délira pendant ce temps. (Délire gai.)

La guérison complète fut rapide et ne laissa que très-peu de fatigue après elle.

Les champignons avaient été pris pour des *bises*.

Ce sont des agarics, à chapeau gris comme la bise, quoique plus brillant et un peu cuivré. Mais ils en diffèrent entièrement, *puisqu'ils portent sur le pied des débris de volva. La bise n'en a pas.*

Cet empoisonnement est remarquable à plus d'un titre.

1° Il survint rapidement, en moins d'une heure, tandis que, d'après les traités classiques, les accidents sont tardifs et se présentent au bout de longues heures.

2° Il ne fut pas douloureux. Aucun des malades ne se plaignit de coliques.

3° Les convulsions se présentèrent au réveil et furent légères.

4° Malgré la dose, malgré onze heures de coma, pour le père, tous guérirent.

Je voudrais ajouter un mot.

J'ai vu manger et j'ai mangé moi-même beaucoup de champignons. Je ne puis admettre la *nocuité spécifique* des espèces comestibles.

Les accidents qui peuvent arriver dans certains cas seraient évités, si on consommait les champignons frais et de bonne qualité, comme les autres légumes.

Il est probable que des choux-fleurs gâtés, que des pommes de terre germées, que des salades avariées rendraient malades aussi ceux qui en feraient usage.

Si donc on doit conseiller aux gens du monde de s'abstenir, par prudence, il ne faut pas passer de là à une défiance scientifique dont les amateurs de champignons, ceux qui les connaissent et les cueillent eux-mêmes, riraient, et auraient raison de rire.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'expression de mes sentiments de haute estime.

Dr Bloch (de Plombières).

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

Effets et influence de la musique sur la santé et sur la maladie, par le docteur H. Chomet, membre de l'Académie impériale de médecine de Rio-Janeiro, etc. — Un vol. in-8°, Paris, 1874, Germer-Baillière, libraire.

Si nous sommes tous les descendants d'Esculape, et que Esculape soit le fils du dieu des arts, nous ne pouvons que nous associer aux éloges donnés au plus aimable des arts par un confrère aussi convaincu que mélomane. Seulement, des deux parties dont se compose ce volume, la première tout entière, consacrée à l'historique de la musique chez les divers peuples anciens et modernes, ne saurait être le sujet d'une analyse et d'une appréciation dans un journal aussi spécial que le nôtre.

Quant à la deuxième partie, la moitié et plus traite de questions techniques dont les professeurs du Conservatoire de musique doivent s'occuper avec fruit pour leurs élèves, mais qu'il serait, croyons-nous, peu utile aux médecins de connaître.

Les trois derniers chapitres seuls entrent, du moins intentionnellement, dans le cœur du sujet, c'est-à-dire dans sa partie médicale proprement dite. Et encore on éprouve le regret de constater que cette partie est plus riche de propositions et d'assertions que de faits et de preuves. Afin qu'on ne nous croie pas sur parole, nous citerons le passage suivant de l'auteur, qui peut être considéré comme le résumé de la partie médicale de son livre.

« Dans les maladies morales et nerveuses, chez les femmes surtout, les succès de la musique seront d'autant plus éclatants qu'ils seront dirigés par une main habile.

Dans les agitations et les tourments de l'âme, dans les orages du cœur, dans la perversion des idées et des facultés intellectuelles et morales, soyez prudent et prenez garde d'aggraver le mal au lieu de le guérir. En voulant inspirer l'espérance, ne provoquez pas le désespoir, et pour dissiper les nuages de l'esprit, n'allez pas y porter les ténèbres.

A l'enfant mou, lymphatique, débile, donnez de la musique nerveuse, énergique ; répandez et accumulez par gradation dans son cerveau, sur ses organes, suivant des propositions convenables, le fluide bienfaisant.

A la jeune fille pâle, chlorotique, faites entendre une musique gracieuse, et ne l'exposez jamais aux accents d'une musique mélancolique ou voluptueuse, vous la verriez tomber bientôt dans une tristesse funeste à ses charmes et à sa santé, peut-être même la rendriez-vous cataleptique.

Pour les femmes précoces, ardentes, emportées, violentes ou lascives, il faut des concerts gais sans ivresse, des mélodies tendres sans volupté, quelquefois même les accents d'une douce mélancolie. Pour ces êtres passionnés, il faut beaucoup de réserve et de prudence. C'est surtout pour les jeunes filles, très-sensibles aux séductions entraînantes de la musique, qu'il vaut mieux réprimer que développer trop tôt les dispositions musicales. Songez aux filles de Grétry, mortes à 13 et à 15 ans, énervées, brisées par les études et par la composition d'opéras au-dessus de leurs forces.

Mais agitez progressivement le lymphatique par une musique forte et puissante ; calmez le nerveux par des mélodies suaves et douces. A l'individu de tempérament bilieux, faites entendre des chants légers, courts et empreints d'une aimable gaieté. Égayez les hypochondriaques, calmez les hystériques, faites oublier aux épileptiques leurs accès et leurs convulsions. Évitez soigneusement surtout de rappeler, par vos mélodies, dont l'âme, entièrement occupée, devrait au contraire être à jamais dégagée. »

Franchement, voilà de la thérapeutique à la façon de Récamier, qui croyait aussi à la puissance de la musique ou tout au moins du rhythme. On se souvient peut-être d'une consultation donnée par ce célèbre médecin à une grande dame du faubourg Saint-Germain, affreusement gastralgique : « L'estomac aime le rhythme ; Madame la duchesse prendra ses repas au son du tambour. » Et, en effet, deux tambours de la garde nationale venaient deux fois par jour faire des *ra* et des *fla* sous les fenêtres de la noble cliente de Récamier.

Aux dyspeptiques et gastralgiques qui n'étaient pas assez riches pour se payer des tambours de la garde nationale, Récamier prescrivait d'aller entendre tous les soirs et de suivre les tambours et les clairons sonnant la retraite sur la place Vendôme.

Il est fâcheux que nous ne connaissions pas le résultat de ces belles prescriptions.

Nous tenons du docteur Véron qui, dans les dernières années de sa vie, avait des digestions difficiles, qu'il éprouvait à cet égard un grand soulagement en allant entendre le *Caïd*, opéra où, comme on le sait, le tambour joue un grand rôle.

Nous nous sommes senti d'autant plus à l'aise devant ce petit livre, que son auteur semble s'être armé d'une forte cuirasse contre l'appréciation qui pourra en être faite. « Il n'en sera, dit-il, ni plus triste ni plus gai, car il sait par expérience ce que valent les éloges et les critiques. »

Alors pourquoi, indifférent auteur, adressez-vous votre livre aux journaux?

L'OVOTOMIE ABDOMINALE OU OPÉRATION CÉSARIENNE, par le docteur BAUDON. In-8°. Paris, 1873. Germer-Baillière, libraire.

Ovotomie, mot nouveau proposé par l'auteur (de ωον, œuf, et τομη, section), pour désigner une opération pour laquelle le besoin d'un néologisme ne se faisait pas beaucoup sentir.

Le travail que nous avons sous les yeux est principalement consacré à exposer et à développer les propositions suivantes, qui en sont comme le résumé :

1° Nécessité d'opérer à la campagne;

2° Opérer dès les premières douleurs, autant que possible avant la rupture des membranes;

3° Opérer la femme sur le lit qu'elle ne devra plus quitter, et le composer d'un matelas perforé à son centre, comme celui des gâteux dans les hospices d'aliénés;

4° N'inciser que les parois abdominale et utérine, et comprendre ces parois entre les mors de grosses serre-fines, avant d'intéresser l'œuf;

5° Changer le mode de réunion adopté jusqu'ici, et comprendre dans la même suture les parois abdominale et utérine, en adossant la face séreuse de ce viscère au péritoine, qui recouvre la face postérieure de la paroi abdominale;

6° Donner un libre écoulement aux lochies et aux liquides utérins, et ne pas confier ce soin aux caprices de la nature;

7° Immobiliser l'abdomen.

Les modifications conseillées par l'auteur au procédé opératoire de Mauriceau, généralement employé, consistent à assurer un libre cours aux liquides utérins, et à fermer la matrice du côté du péritoine.

La première indication sera remplie par l'usage d'un tube utéro-vaginal, et la seconde par la suture utérine telle que l'auteur la décrit.

Nous croyons qu'il n'y a de nouveau, dans les propositions de l'auteur, que son mode de suture par l'adossement des sutures. Mais l'auteur déclarant que l'opération césarienne n'ayant jamais été pratiquée avec les modifications qu'il propose, on ne peut en apprécier les avantages.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 décembre 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

SOMMAIRE. — Kyste multiloculaire du maxillaire inférieur, opéré, guéri et récidivé. — De la compression et de la ligature élastiques; question de priorité. — Des lésions vasculaires dans les fractures des jambes. — Syndactylie. — Gastrotomie dans un cas de grossesse extra-utérine.

M. Guyon a lu une observation intéressante, ou plutôt le complément d'une observation déjà ancienne adressée à la Société de chirurgie par M. Letenneur (de Nantes), relative à une opération d'ablation de kyste multiloculaire du maxillaire inférieur. Cette opération avait été suivie de succès, et le malade put être considéré comme guéri pendant un an. Mais, au bout de ce temps, M. Letenneur constata une récidive pour laquelle il a dû, cette fois, pratiquer l'extirpation de la portion du maxillaire qui était le siége du kyste. Il espère qu'il n'y aura pas de récidive nouvelle.

Sur une observation faite par MM. Dolbeau et Amédée Forget, M. Guyon fait remarquer que la récidive a eu lieu sur un point voisin de celui où siégeait la tumeur kystique primitive.

— Nous avons mentionné, dans notre dernier compte rendu, un mémoire adressé par M. le professeur Vanzetti (de Padoue) relatif à la question de priorité d'application de la *compression* et de la *ligature élastiques*. M. Vanzetti y fait valoir les droits de priorité d'un de ses compatriotes, M. le docteur Grandesso-Silvestri (de Vicence).

M. Léon Le Fort, qui a été chargé d'examiner le mémoire de M. Vanzetti, fait un rapport

qui conclut, dans le sens de l'auteur, en faveur des droits du chirurgien de Vicence. D'ailleurs, MM. Esmarck (de Kiel) et Dittel (de Vienne) n'ont fait aucune difficulté de reconnaître ces droits incontestables.

— M. le docteur Nepveu a lu un travail très-intéressant sur les *Lésions vasculaires dans les fractures des jambes*. Nous reviendrons sur ce travail à l'occasion du rapport de la commission nommée pour l'examiner, et qui se compose de MM. Verneuil, Polaillon et Paulet.

— M. Sée (Marc) a présenté un petit enfant qu'il a opéré avec succès d'une syndactylie de deux doigts de la main; M. Sée attribue ce vice de conformation, dans le cas dont il s'agit, à un onyxis par inflammation de la matrice de l'ongle, développée pendant la vie intra-utérine.

— La communication la plus importante de la séance a été celle de M. Depaul relative à un cas de grossesse extra-utérine pour lequel il a pratiqué la gastrotomie, et qui a présenté des circonstances dignes d'intérêt au double point de vue du diagnostic et des résultats de l'opération.

Le sujet de cette observation est une femme de 31 à 32 ans, récemment mariée, ayant toujours eu une conduite excessivement régulière (M. Depaul insiste sur ce point). Après son mariage, elle eut ses règles une seule fois, puis elles se supprimèrent, et cette suppression insolite, jointe à d'autres phénomènes, fut considérée comme le signe d'une grossesse commençante. Bientôt la malade tomba dans une mélancolie singulière. Pour la distraire, son mari l'ayant conduite à un bal, elle fit, en dansant, une chute qui lui fit éprouver dans le ventre une très-forte secousse. Elle dut, à la suite de cet accident, se mettre au lit, où elle resta très-souffrante pendant un certain temps. Cependant le ventre continua de se développer; mais, arrivée au terme présumé de la grossesse, la malade n'accoucha pas. Toutefois, elle ressentit des douleurs semblables à celles de la parturition. Ces douleurs allèrent en augmentant et devinrent excessivement vives. En même temps, la santé générale s'altéra. Le médecin distingué qui soignait cette femme, le docteur Aubrun, fit alors appeler M. Depaul en consultation. C'était le 10 novembre dernier.

M. Depaul trouva la malade dans son lit, très-souffrante, ayant de la fièvre. Le ventre, modérément développé, n'avait pas le volume du ventre d'une femme arrivée au terme de sa grossesse. Il était très-douloureux et, partant, très-difficile à explorer. Cependant M. Depaul put l'examiner assez bien pour reconnaître, au niveau de la région de l'ombilic, l'existence d'une tumeur fluctuante, et pour constater manifestement le phénomène du ballottement abdominal. En explorant l'utérus par le toucher vaginal, il trouva le col remarquablement long, ramolli; l'orifice en était notablement agrandi. Il fut impossible à M. Depaul de mesurer par le vagin la hauteur de la matrice, et il n'osa pas, dans l'état grave où se trouvait la malade, introduire l'hystéromètre. Par la pression des seins, les mamelons laissaient échapper quelques gouttes d'un liquide lactescent.

L'impression que laissa à M. Depaul le résultat de cet examen, fut qu'il s'agissait très-probablement d'une grossesse extra-utérine, mais il n'eût osé l'affirmer d'une manière absolue.

Sur la proposition de M. Depaul, acceptée avec empressement par la malade, celle-ci fut transportée à l'hôpital des Cliniques. Là elle fut vue et examinée par MM. Blot, Guéniot, Tarnier qui, tous, se rangèrent à l'opinion émise par M. Depaul comme étant la plus probable.

Pendant quinze jours, la malade resta en observation; la fièvre était continue, le pouls marquant de 110 à 120 pulsations par minute; il y eut des vomissements bilieux; le ventre augmenta beaucoup de volume et devint de plus en plus dur, tendu, douloureux. Cet accroissement de volume était évidemment dû surtout à l'augmentation considérable de la quantité du liquide qui donnait la sensation de fluctuation.

M. Depaul se décida à faire une ponction exploratrice et évacuatrice, au moyen de l'appareil de M. Potain. Il retira ainsi cinq litres d'un liquide purulent. A la suite de cette ponction, la malade éprouva un grand soulagement et une notable amélioration dans son état. Ce résultat favorable engagea M. Depaul à ne plus hésiter à pratiquer la gastrotomie, car sa conviction qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine n'avait fait que s'affermir davantage. Cette opération eut lieu trois jours après la ponction; elle fut pratiquée devant une nombreuse assistance de médecins et d'élèves.

La malade ayant été préalablement endormie avec le chloroforme, M. Depaul fit sur la ligne médiane une incision étendue de l'ombilic à la symphyse pubienne; elle donna issue à une notable quantité de pus, mais aucune partie du fœtus ne se présenta à l'ouverture de l'incision abdominale. Un mouvement se fit alors dans l'assistance, qui crut à une erreur de diagnostic; mais M. Depaul, plongeant la main dans la cavité abdominale, en ramena aussitôt un bras, aux applaudissements des élèves.

Le fœtus se présentant ainsi par l'épaule à l'ouverture de l'incision abdominale, trop petite pour laisser passer à la fois l'épaule et la tête, il fallut faire la détroncation, après quoi le fœtus put être extrait en totalité. Le cordon fut ensuite coupé, mais le placenta tenant par

d'intimes et profondes racines aux parois des divers organes contenus dans la cavité abdominale, à l'utérus, à l'intestin, à la vessie, il fallut renoncer à l'extraire et se résoudre à laisser la pauvre malade exposée aux accidents redoutables de l'infection putride.

Le lendemain et les jours suivants, une amélioration extraordinaire se manifesta dans l'état de la malade; la fièvre tomba complétement, l'appétit revint, la gaieté reparut, tout semblait promettre une issue heureuse, quoique inespérée. Pour prévenir l'infection putride, des injections, des lavages quotidiens furent pratiqués avec le plus grand soin dans la cavité abdominale, à l'aide d'une solution de permanganate de potassse. Pendant cinq à six jours, tout alla à merveille; mais, dans la nuit du sixième au septième jour, la malade fut prise tout à coup d'accidents graves; la sage-femme, appelée en toute hâte, n'eut que le temps de constater l'existence d'une hémorrhagie abdominale abondante, qui amena la mort avec une extrême rapidité.

A l'autopsie, on a trouvé la cavité kystique remplie de sang coagulé; environ 500 grammes de caillots en ont été retires. Mais il a été impossible, jusqu'à présent, de découvrir l'origine précise de cette hémorrhagie, car la dissection d'une telle pièce pathologique est singulièrement compliquée et laborieuse. Diverses lésions ont été constatées dans les organes abdominaux : reins, vessie, intestin. La trompe, d'un côté, communiquait directement avec la cavité du kyste.

M. Depaul met sous les yeux de ses collègues la pièce pathologique, ainsi que le fœtus, dont le volume est celui d'un enfant presque à terme.

A propos de cette communication, M. Boinet rappelle qu'il a eu l'occasion de pratiquer la gastrotomie dans un cas semblable de grossesse extra-urérine qui avait été considérée comme un exemple de kyste de l'ovaire. Après avoir diagnostiqué l'existence de la grossesse extra-utérine, il fit la gastrotomie et l'extraction du fœtus. Malheureusement, la malade mourut d'hémorrhagie quelques jours après, comme celle de M. Depaul.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

JOURNAL DES JOURNAUX

Le furoncle, ses relations avec l'herpétisme, par le docteur DELIOUX DE SAVIGNAC. — Tout en admettant que le furoncle se développe dans un certain nombre de cas sous l'influence de causes externes et tout à fait locales, M. le docteur Delioux de Savignac (*Bulletin de thérapeutique,* 30 juin 1873) est convaincu que, lorsqu'il se multiplie par des poussées incessantes, il procède d'une origine diathésique constituée par l'herpétisme. Aussi voit-on souvent les individus sujets aux éruptions furonculaires présenter des éruptions diverses, du pityriasis capitis, des granulations pharyngiennes, de l'acné sebacea, et de l'eczéma. Quelques-uns sont même affectés de dyspepsie flatulente dont la nature herpétique est démontrée par la coïncidence ou l'alternance avec diverses efflorescences dartreuses de la peau. Il existerait donc véritablement ce que l'on a appelé une *diathèse furonculaire* dépendant de la diathèse herpétique.

Partant de ces données, le savant thérapeutiste était naturellement amené à proposer la médication antiherpétique contre ces furoncles dartreux qui ont pour caractères cliniques de se reproduire avec plus de vivacité, d'être plus petits, plus nombreux, presque confluents, d'évoluer lentement, de tendre à l'induration, à la chronicité, tandis que le furoncle inflammatoire est aigu, volumineux, douloureux, et ordinairement solitaire.

La médication purgative a été employée de tout temps contre les éruptions furonculaires. Encore faut-il faire un choix parmi les purgatifs employés : les drastiques sont nuisibles parce qu'ils déterminent un état d'irritation de la muqueuse intestinale; les purgatifs huileux et résineux sont inutiles et même nuisibles, parce que dans ces derniers l'absorption des particules résineuses par le tégument externe peut le surexciter défavorablement, lorsqu'il est déjà irrité par les poussées furonculaires. Seuls les sels neutres à base de soude et de potasse, et parmi eux le sulfate de soude, peuvent convenir, par suite de leur action dépurative sur le sang et les autres humeurs.

Mais la médication purgative est insuffisante par elle-même; on doit y joindre la médication antiherpétique représentée principalement par les préparations arsenicales. C'est sous l'influence de l'élimination facile de ce médicament par la muqueuse oculaire et les paupières, que se guérissent ces orgeolets dont la reproduction est si désespérante chez certains individus; c'est, en un mot, en produisant une stimulation des réseaux capillaires sanguins et lymphatiques sous-tégumentaires que l'arsenic agit sur les manifestations cutanées de l'herpétisme. Il a même un tel effet local sur la peau, qu'il peut être employé contre le furoncle solitaire, simplement inflammatoire.

Voici, en résumé, la médication employée par le docteur Delioux de Savignac : Il donne

pendant vingt jours, le matin à jeun et le soir avant le dernier repas, une cuillerée à café de la solution suivante :

Eau distillée	200 grammes.
Arséniate de soude.	0,10 centigrames.

Puis il purge le malade avec 20 à 30 grammes de sulfate de soude. En même temps, il prescrit pour tisane une décoction très-chargée de bourrache et de chicorée sauvage avec herbes fraîches, sinon une infusion de 10 à 15 grammes de racine de salsepareille. De plus, il faut recommencer l'usage d'un régime alimentaire peu azoté, où l'on fait entrer beaucoup de végétaux frais et où l'on s'abstient d'excitants, de liqueurs alcooliques. Pendant que l'on prend l'arsenic, on ne doit faire usage d'aucun acide et boire au repas l'une des eaux de Vals ou de Vichy coupée plutôt de vin blanc que de vin rouge.

Lorsque les furoncles sont constitués par des boutons durs et à marche lente, on peut employer la pommade suivante :

Soufre sublimé	1 partie.
Camphre pulvérisé	4 parties.
Cold-cream ou pommade de concombre	25 parties.

L'application de teinture d'iode produit aussi de bons effets, et peut faire avorter, dès son début, un furoncle inflammatoire. Les bains sulfureux à faible dose, auxquels on ajoute de la gélatine pour ne pas exaspérer l'état d'irritation de la peau, réussissent mieux par les bains alcalins. Cette excitation cutanée est aussi combattue par les bains de son ou d'amidon.

Le traitement est si complexe qu'on pourrait jusqu'à un certain point attribuer à tous ces moyens réunis le mérite de la guérison. Mais l'arsenic les domine par son action; il réussit même bien et doit être employé dans ces poussées critiques de furoncles qui surviennent à la suite de maladies, et notamment après la variole.

Enfin, l'usage de l'eau de goudron à l'intérieur à été préconisé par M. Hardy pour prévenir la reproduction des furoncles. M. Delioux de Savignac pense que l'on pourrait sans doute, d'après cet exemple, recourir à d'autres balsamiques, sans toutefois négliger l'emploi de l'arsenic. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1873.) — H. H.

Éphémérides Médicales. — 23 Décembre 1620.

Inauguration d'un théâtre anatomique attenant aux Écoles de médecine de la rue de la Bûcherie. Il est inauguré par l'illustre Riolan, qui y fait publiquement l'anatomie d'une femme qui avait été pendue quelques jours auparavant. — A. Ch.

COURRIER

Louis Agassiz. — Un savant naturaliste, dont le nom occupe, à côté de ceux de Buffon, de Cuvier, de Humboldt, une place illustre, Louis Agassiz, vient de mourir à New-York, à l'âge de 67 ans. Fils d'un pasteur protestant, il est né à Orbe (canton de Vaud), en 1807. Après avoir fait ses premières études à Bâle et à Lausanne, il alla les continuer à Zurich, à Heidelberg et à Munich. Il se destinait à la profession médicale. Mais ses goûts le portèrent presque immédiatement à l'étude de l'histoire naturelle et de l'anatomie comparée. Pendant qu'il était à Munich, les voyages de Spix et Martins au Brésil fixèrent son attention; à la mort de Spix, il publia une monographie des poissons de ce pays, au nombre de 120 espèces, la plupart inconnues, que celui-ci avait rapportés.

Ce premier travail le conduisit à de nouvelles études sur l'ichthyologie; il publia successivement une exposition de ses idées sur la *Classification des poissons* et une *Histoire naturelle des poissons d'eau douce de l'Europe centrale* en 1839; des *Recherches sur les poissons fossiles* en 1842; il avait déjà publié, vers 1840, ses *Recherches sur les mollusques fossiles*. Il se livrait en même temps à des études d'un autre ordre; de 1840 à 1847, il publia son grand ouvrage sur les glaciers.

Professeur, en 1838, d'histoire naturelle à Neufchâtel, il quitta l'Europe en 1846 pour une chaire à Boston. En 1852, il fut nommé professeur d'anatomie comparée au Collége médical de Charleston (Caroline du Sud), mais il n'occupa cette chaire que deux ans et retourna à Boston. Les études de sa jeunesse conservèrent sur son esprit le même attrait jusqu'à ses derniers moments; il étudia avec beaucoup de soin les côtes du golfe du Mexique et de l'Atlantique; tout récemment il dirigait les explorations américaines des profondeurs de la mer.

M. Agassiz professait la doctrine de la création successive d'organismes de plus en plus par-

faits; il était l'adversaire ardent de la théorie de l'évolution de Darwin. Dans le cours des discussions de ces dernières années sur l'anthropologie, il s'était prononcé pour la pluralité originelle des races humaines. Depuis qu'il a quitté l'Europe, M. Agassiz a consacré ses études, presque exclusivement, à l'histoire naturelle et à la géologie de l'Amérique. On peut trouver la liste de ses nombreux ouvrages dans une grande publication dont il avait lui-même posé les fondements : la *Bibliographia zoologiæ et geologiæ*, publiée par Striekland et sir W. Jardine, en Angleterre. Nous citerons, au nombre de ses livres écrits en allemand, la *Zoologie générale* et les *Esquisses générales de zoologie contenant la structure, le développement, la classification de tous les types d'animaux vivants et détruits.*

UN MOYEN POUR LA GUÉRISON DU CHOLÉRA PROPOSÉ A LA MUNICIPALITÉ DE MUNICH. — Voici qui nous arrive d'Allemagne, et qui est sérieusement exposé par la *Gazette d'Augsbourg* : Aurait-on enfin trouvé un moyen de guérir le choléra, ou du moins de connaître l'origine du mal? A Munich (Bavière), où le fléau sévit en ce moment, le Conseil municipal a tenu, ces jours derniers, une séance extraordinaire en comité secret. Il s'agissait d'une communication qui avait été faite par un habitant de la ville, non médecin, qui prétend avoir découvert l'essence et la nature du choléra, la manière dont se propage cette maladie, etc., communication pour laquelle son auteur demande comme récompense une somme de 100,000 thalers (le thaler égale 3 fr. 75).

Ces jours derniers donc, une commission d'hommes spéciaux, convoqués par la municipalité de Munich, s'est réunie.

Assistaient à cette réunion les professeurs Buhl, Pettenkofer et Voit, le médecin en chef de l'état-major, Friedrich; le directeur Lindwurm et le docteur Bauer. Le cachet qui scellait la lettre d'envoi a été brisé devant ces messieurs.

Voici la thèse que soutient l'auteur :

Le germe du choléra, dit-il, est de nature animale. La contagion se produit de la manière suivante : Un insecte, ou peut-être un essaim d'insectes s'insinue avec une douleur lancinante dans la chair, à la sortie du rectum, à l'endroit vraisemblablement où cet intestin se réunit à la peau extérieure. A la suite de cette implantation les parties charnues environnantes se trouvent dans un état douloureux et maladif; viennent ensuite l'envie de vomir et un malaise général. A partir de ce moment, le mal se développe par en haut et le progrès peut en être suivi tant que l'estomac n'est pas atteint, jusqu'au moment où l'abdomen est plein de flatuosités et qu'une violente diarrhée se déclare.

Ces assertions reposent, dit-il, sur des observations qui ont été faites, d'une manière sûre, dans une cholérine épidémique.

Si l'on admet que le choléra et la cholérine sont de la même famille et ne diffèrent que sous le rapport de l'intensité, et si l'on considère les phénomènes pathologiques du choléra, on peut, suivant l'auteur, considérer comme certain que la contagion se produit pour le choléra de la même manière que pour la cholérine, auquel cas les moyens de prophylaxie et de thérapeutique sont faciles.

Le vote émis à la suite de cette ouverture, sur la question de savoir s'il convenait d'adopter la proposition de M. l'assesseur au tribunal supérieur retraité Franz Jæger, a été favorable, sauf deux voix. La décision sera émise au bout d'une année. Seulement les modifications suivantes ont été apportées par le collége des délégués municipaux au projet primitif.

Ce collége émet l'avis qu'il n'est pas probable qu'une découverte aussi importante puisse être faite par un homme non compétent, qui n'a même pas fait d'expériences pratiques; cependant, en présence de l'avis des autorités reconnues, qui pensent qu'une communication de cette nature, même émanant d'un homme non compétent, est digne d'un examen scientifique; vu les précautions prises dans la rédaction du contrat et garantissant la municipalité dans le cas où les promesses dudit Jæger viendraient à ne pas aboutir; en présence surtout de l'épidémie régnante, laquelle autorise à tenter sans retard tous les moyens de remédier au mal, même ceux qui paraîtraient les plus éloignés du but; considérant tout cela, et ne voulant pas prendre sur lui la responsabilité du rejet de la proposition qui lui est faite, le collége adopte.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira le vendredi 26 décembre 1873. — *Ordre du jour* : 1° Élections générales pour le renouvellement du bureau. — 2° Comptes rendus du secrétaire général et du trésorier. — 3° Neuvième et dernière note sur l'épidémie cholérique de 1873, par M. Ernest Besnier. — 4° Observation de transfusion, par M. Brouardel. — 5° Communications diverses.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et C°, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le choléra a été continuée par un discours étendu de M. Woillez, qui a pris pour objectif les opinions de M. J. Guérin pour les combattre, ainsi que l'ont déjà fait la plupart des orateurs qui l'ont précédé. Mais M. J. Guérin ne se décourage pas, et il a annoncé une réponse prochaine. M. Woillez paraît n'avoir pas eu la prétention de présenter une argumentation nouvelle; mais s'il a eu celle de bien grouper et de disposer habilement les arguments déjà connus, il a réussi, car son discours est très-logiquement enchaîné.

Seulement, il est bien permis de se demander : Que sort-il, scientifiquement ou pratiquement, de cette discussion?

M. Panas, candidat dans la section de pathologie chirurgicale, a lu un mémoire sur la section du nerf buccal pour remédier à certaines névralgies.

Nous sommes en pleine saison de phénomènes. M. Depaul a présenté à l'Académie une jeune enfant de 6 ans, au niveau du pubis de laquelle pendent les deux extrémités inférieures d'un autre enfant. C'est une monstruosité par inclusion.

CLINIQUE MÉDICALE

DU PSORIASIS DE LA LANGUE ET DE LA MUQUEUSE BUCCALE (1);

Par Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

V

Je disais que les accidents dits tertiaires qui surviennent à une époque rapprochée du début de la syphilis sont, en général, résolutifs. Les choses ne se passent pas toujours ainsi, et le fait précédent est un exemple du contraire. En effet, les profondes déchiquetures de la langue provenaient sans aucun doute du ramollissement des tumeurs gommeuses. Celles qui n'étaient pas encore en voie de régression, et dont je constatai l'existence au cinquième mois de la maladie, se fondirent aussi ultérieurement et produisirent d'abord des fistules, puis aussi des ulcérations, des pertes de substance et des cicatrices plus ou moins difformes.

Ces considérations m'éloignent un peu de mon sujet; mais elles se présentent si naturellement à l'esprit, en présence d'un fait aussi catégorique, qu'on me les pardonnera. D'ailleurs, il ne me paraît pas sans intérêt de savoir qu'un syphilitique peut avoir, vers le quatrième ou cinquième mois de sa maladie, des tumeurs gommeuses multiples dans la langue, qui se fondent, s'ulcèrent et se comportent à peu près de la même façon que si elles étaient survenues à la dixième ou à la vingtième année.

VI

Dans le psoriasis syphilitique, il y a certaines lésions qui sont à peu près les mêmes que dans le psoriasis ordinaire. Ce sont :

1° *Des disques de desquamation* et quelquefois *l'atrophie des papilles*. Chez notre malade, ces disques étaient si nombreux et si confluents qu'ils avaient envahi toute la surface supérieure de l'organe, ne laissant que quelques vestiges de l'enduit épithélial et des papilles, sous forme de touffes;

2° *Des plaques opalines*. C'est l'élément commun qui, dans les deux espèces de psoriasis buccal, offre la plus grande analogie. Dans le psoriasis commun, ces plaques sont épaisses, plus cornées, et surtout plus blanches que dans le psoriasis syphilitique. Leurs caractères différentiels seront étudiés complétement lorsque j'en donnerai la description générale;

3° *Des déchiquetures sur les bords de la langue*. Ce sont là des phénomènes consécutifs, des cicatrices d'ulcérations et de pertes de substance, ordinairement plus prononcés dans la syphilis que dans le psoriasis commun;

(1) Suite. — Voir les numéros des 18 octobre, 4 et 25 novembre.

4° *Des ulcérations.* Elles sont superficielles, purement granuleuses, d'un rouge foncé, saignantes, et piquetées de petits points ecchymotiques. Chez le malade de l'observation III, elles se recouvraient d'une couenne grisâtre, véritable fausse membrane diphthéritique, sans tendance envahissante, qu'on observe très-souvent sur les plaques muqueuses ulcérées des syphilitiques. Je ne les ai pas constatées, et je ne crois pas qu'on les ait signalées dans les exulcérations du psoriasis buccal non syphilitique;

5° *Des rhagades ou fissures*, siégeant à la commissure des lèvres, mi-parties cutanées et muqueuses, avec prolifération épithéliale périphérique et croûtes d'un gris jaunâtre accumulées sur les deux lèvres de la solution de continuité. Elles sont faciles à confondre dans les deux cas. Leur fréquence est plus grande dans le psoriasis syphilitique que dans le psoriasis commun.

6° Quant aux troubles fonctionnels, ils varient suivant les phases de la maladie. Mais dans ces deux espèces de psoriasis ils sont beaucoup moins prononcés qu'on ne pourrait le croire d'après l'étendue, la profondeur et la persistance des lésions. Généralement ils sont moins accusés dans le psoriasis arthritique et dartreux que dans le psoriasis syphilitique.

VII

En 1872, mon confrère et ami, M. le docteur Reliquet, me conduisit un jeune homme atteint de syphilis depuis deux ou trois ans, et chez lequel la maladie, à manifestations bénignes, s'était concentrée à deux ou trois reprises différentes sur la langue et sur la muqueuse buccale.

A ce moment-là les lèvres, la face interne des joues et la langue étaient couvertes de plaques opalines diffuses absolument semblables à celles de l'obs. I. Leur groupement et leur forme n'avaient rien de spécialement caractéristique, et il eût été impossible, à la seule inspection des parties malades, de poser un diagnostic précis. La phlogose spécifique était assez vive pour gêner la parole et la mastication. Ces plaques étaient fendillées de petites rhagades qui mettaient le derme à nu. On voyait aussi çà et là quelques exulcérations.

Les antécédents du malade, les angines fréquentes et de longue durée, les éruptions cutanées, etc., ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence de la syphilis et aussi sur la nature de l'affection bucco-linguale. Aussi je le soumis, sans hésiter, à un traitement mercuriel énergique. Mais, préalablement, je cautérisai vigoureusement avec le crayon de nitrate d'argent toutes les lésions bucco-linguales et je prescrivis de les badigeonner une fois par jour avec un pinceau imbibé de teinture d'iode. En même temps j'interdis toutes les excitations locales dont le malade avait abusé et qui avaient provoqué et entretenu ce psoriasis buccal. Le traitement fut exactement suivi et produisit en quelques jours une amélioration rapide, bientôt suivie d'une guérison complète.

J'ai vu beaucoup d'affections syphilitiques de la bouche, mais aucune n'a présenté une aussi grande ressemblance, au point de vue des altérations de la muqueuse, avec le psoriasis commun. L'efficacité du traitement et la rapidité de la guérison auraient pu l'en faire distinguer s'il n'y avait pas eu d'autres éléments de diagnostic (1).

(1) Depuis que j'ai écrit ces lignes, le docteur Reliquet m'a donné les renseignements suivants sur son malade. Quelque temps après la guérison obtenue par le traitement mercuriel et les cautérisations substitutives, le psoriasis de la bouche récidiva pour la quatrième ou cinquième fois. — Cette affection ressemblait tellement, ainsi que je l'ai dit, au psoriasis arthritique ou dartreux, que M. Bazin, qui fut consulté, ne la regarda pas comme syphilitique. — Pour lui, la syphilis de ce jeune homme était épuisée, du moins momentanément. Elle n'avait eu, comme toute autre cause excitante, qu'une part occasionnelle dans la production du psoriasis, en portant sur la muqueuse bucco-linguale l'action morbide, jusqu'alors endormie, de l'arthritis dont on supposait, sans beaucoup de preuves, que le malade était atteint. En conséquence, le traitement alcalin fut institué, la guérison eut lieu et ne s'est pas démentie jusqu'à présent.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, on voit combien il est difficile d'établir parfois si

OBSERVATION IV

I

Le malade dont je vais raconter l'histoire était âgé de 47 ans. Il prétendait avoir eu, en 1860, un chancre infectant compliqué de bubons. Plus tard, il lui était survenu des angines chroniques, des plaques muqueuses anales et génitales, des taches sur la peau, etc., etc. Néanmoins il n'avait jamais suivi aucun traitement spécifique. Les détails qu'il donnait étaient assez vagues et incohérents. Il rapportait tout à cette prétendue syphilis. C'était une sorte de syphiliomane dont le moral n'était point affecté, car il menait joyeuse existence, buvant chaque jour des quantités prodigieuses de bière et fumant depuis le matin jusqu'au soir.

Il entra dans mon service pour une puanteur des pieds, d'origine syphilitique, disait-il, dont son imagination faisait à peu près tous les frais. J'interrogeai ses antécédents avec le plus grand soin, et je l'examinai à plusieurs reprises sans découvrir chez lui aucun vestige de vérole.

La muqueuse buccale commencait a être irritée par les excitations incessantes de la fumée de tabac, des boissons, et aussi de ses dents presque toutes cariées ou cassées, etc.; néanmoins il n'y avait encore à cette époque aucune des lésions caractéristiques du psoriasis buccal. Pour l'acquit de ma conscience, je lui fis suivre un traitement hydrargyrique et ioduré léger. Il sortit de l'hôpital comme il y était entré.

un psoriasis survenu chez un syphilitique dépend on ne dépend pas de la vérole. Je discuterai cette question plus loin.

Lorsque la syphilis remonte à une époque très-éloignée, que ses manifestations se sont éteintes depuis longtemps, et qu'il n'existe plus aucune trace active de son existence, il est permis de supposer qu'un psoriasis bucco-lingual survenu dans de pareilles conditions n'est pas syphilitique.

Cette supposition sera confirmée par la longue durée de l'affection, sous la même forme et sans adjonction d'une autre lésion plus caractéristique dans le sens syphilitique; le doute ne sera plus permis s'il survient simultanément des manifestations arthritiques et dartreuses, comme dans le fait suivant observé par M. Bazin, et dont je donne le résumé :

Un homme de 50 ans, affecté d'un psoriasis buccal qui datait d'une vingtaine d'années, né d'un père affecté d'une éruption circonscrite de la poitrine et du bras, sanguin et très-bien portant, contracta la syphilis à l'âge de 20 ans. Il fut atteint d'une série d'affections produites par cette maladie, qui ont été irrégulièrement traitées et ont duré plusieurs années : angine, plaques muqueuses de la gorge, roséole; plus tard, syphilide tuberculeuse de la paume des mains, gommes de la langue, et enfin exostose du tibia droit.

Ce malade, qui est grand fumeur, fut pris bientôt après de nouveaux accidents : la langue se couvrit de points blanchâtres, puis de plaques de même couleur, et augmenta légèrement de volume. — Desquamation à la surface de l'organe.

Cet état de la langue a persisté pendant des années. — Au bout de dix-sept ou dix-huit ans, quelques ulcérations très-superficielles et arrondies s'étaient montrées sur les bords de la langue, avec un peu plus de gonflement de l'organe et un trouble plus marqué, mais toujours peu sérieux, dans l'exercice de la parole et dans la mastication. Pas de salivation. — Traitement hydrargyrique et ioduré; traitements topiques, etc. Leur inutilité. — Aggravation de l'affection.

Quand ce malade consulta M. Bazin, il présentait l'état suivant : Tuméfaction de la langue, qui est souple et mobile. Sur sa face dorsale, îlots blanchâtres d'un blanc de lait, irréguliers dans leurs contours et séparés par des intervalles linéaires où la muqueuse présente sa coloration rouge normale. Sur la partie latérale droite, exulcération très-superficielle qui semble avoir succédé à la chute d'un des îlots blanchâtres. — Coloration d'un blanc terne sur les commissures et la face interne des joues, à peine saillante au-dessus de la muqueuse; on dirait la trace récente du crayon de nitrate d'argent.

Le diagnostic porté fut : *Psoriasis buccal de nature arthritique, provoqué par l'abus du tabac à fumer, et par les accidents syphilitiques qu'a éprouvés le malade du côté de la bouche (la syphilis aurait éveillé un peu l'arthritis).*

Le malade présentait d'autres manifestatisns arthritiques : deux ans après le début du psoriasis buccal, *eczéma plantaire* qui a duré plusieurs années. Quelques années après, eczéma unguium de l'orteil droit; puis acné rosée sur les joues, à côté du nez; enfin arthropathies diverses irrégulières dont quelques-unes avec nodosités; oppression; battements de cœur; douleurs musculaires thoraciques simulant l'angine de poitrine; hémorrhoïdes. Santé générale excellente. — Traitement : alcalins à l'intérieur, pulvérisations alcalines dans la cavité buccale. Saison à Royat. Amélioration lente. (Bazin, *Affections cutanées arthritiques et dartreuses*, 2e édit., p. 504.)

Vers la fin de 1871, ou au commencement de 1872, je reçus de lui une longue lettre dans laquelle il me racontait que sa langue et sa bouche étaient devenues très-malades. Il me donnait une description assez exacte du psoriasis buccal et me demandait un traitement spécifique, convaincu de plus en plus que tout cela était une des conséquences de son ancienne syphilis.

Cette fois, je ne cédai pas à ses désirs. Je lui répondis qu'il n'y avait point de vérole dans son fait, qu'il fallait renoncer à la bière et aux alcools, s'abstenir complétement de fumer, suivre un traitement alcalin que je lui prescrivis, et dans lequel entrait aussi l'arséniate de soude à assez fortes doses.

II

Huit mois après, ce malade se présenta à ma consultation avec une bouche dans un état déplorable. La face interne des joues, les lèvres, et surtout la langue, étaient recouvertes d'une couche épaisse de plaques opalines diffuses, sans contours définis, sans forme spéciale, ne laissant voir qu'à de rares intervalles une muqueuse d'un rouge vineux. La gorge était saine. La mastication devenait pénible, douloureuse, une salive visqueuse était incessamment sécrétée; la langue ne se mouvait qu'avec difficulté. Le malade commençait à maigrir.

Sur le bord gauche de la langue, il y avait deux ulcérations profondes; par la palpation, on constatait qu'elles reposaient sur une base dure, et on découvrait des nodosités irrégulières dans l'épaisseur de l'organe. Les ganglions sous-maxillaires *n'étaient point tuméfiés*.

III

Cette fois, en présence de ces dernières lésions, je crus décidément que je m'étais trompé, que j'avais commis une faute en dissuadant le malade de recourir à un traitement spécifique, lorsqu'il me consulta par lettre. J'examinai toutes les parties du corps avec le plus grand soin, et bien que mon exploration ne me donnât que des résultats négatifs au point de vue de la syphilis, je prescrivis un traitement mixte énergique au bi-iodure ioduré et à l'iodure de potassium.

J'en attendais les meilleurs résultats; mais mon attente fut singulièrement déçue. En effet, trois ou quatre semaines après, ce malade revint me consulter, dans un état pire que la première fois. Il pouvait à peine parler; sa bouche était incessamment inondée de salive, bien qu'il n'y eût aucune inflammation mercurielle des gencives. Le contact des aliments était horriblement douloureux, la mastication impossible, et le malade ne pouvait se nourrir que de bouillon. Les ulcérations s'étaient agrandies en surface et en profondeur.

La salivation avait commencé en mars 1879, et avait progressivement augmenté. Le 2 juin, le malade salivait trois litres par jour. Je notai ce jour-là l'état suivant : La langue est couverte de plaques blanchâtres, mamelonnées, sans forme régulière. Sur son bord gauche, vers sa partie moyenne, grande et profonde ulcération déchiquetée à bords blanchâtres. Depuis trois jours, ganglions douloureux derrière le sterno-cléido-mastoïdien à gauche. Pas d'hémorrhagie. Est-ce de la syphilis ou un épithélioma?

IV

Mon incertitude ne fut pas de longue durée. Vers la fin de juin, le malade revint me voir. Toutes les lésions s'étaient aggravées et son état général commençait à être sérieusement compromis. La face était un peu pâle et les paupières bouffies.

Le petit ganglion, qui n'était qu'inflammatoire au début, avait pris une *consistance*, une *dureté* alarmantes. Toute la moitié gauche de la langue, vers sa partie moyenne, était envahie par l'ulcération. Plaques opalines partout. Salivation de plus en plus abondante. Mastication impossible; sputation incessante. Pas d'hémorrhagie.

Il s'agissait évidemment d'un épithélioma. J'adressai le malade à M. le professeur Verneuil, qui confirma mon diagnostic. Je lui donnai le conseil de se confier aux soins de cet habile chirurgien.

Je l'ai revu une fois vers les commencements de juillet. Son psoriasis lingual était en pleine évolution épithéliomateuse. J'ignore ce qu'il est devenu (1).

Pour compléter cette observation, je dois ajouter que le traitement antisyphilitique fut cessé dès que l'affection prit un caractère décidé de malignité cancéreuse. Je n'ai pu découvrir chez ce malade aucune trace de maladie constitutionnelle : ni dartres, ni arthritis, ni scrofule, ni syphilis. Son frère m'a assuré qu'il n'y avait jamais eu de cancéreux dans leur famille.

V

Cette observation est un exemple bien net de la métamorphose épithéliomateuse que subit quelquefois le psoriasis buccal. Je ferai remarquer tout d'abord combien le diagnostic de l'affection maligne, à son début, devient difficile, lorsque le malade accuse des antécédents syphilitiques. Outre qu'il n'est pas toujours possible de se faire une conviction sur l'existence ou la non-existence de cette maladie constitutionnelle, à une époque éloignée de ses premières phases, on se trouve en face de lésions presque identiques dans tous les cas, et dont on ne peut déterminer la nature que quand elles ont évolué pour ainsi dire sous vos yeux pendant plusieurs semaines.

Nous verrons plus tard, s'il y a des caractères anatomiques différentiels, quels ils sont, et quels secours ils apportent, dans ces cas équivoques, pour tirer le praticien de son incertitude.

Qu'il me suffise, pour le moment, d'appeler l'attention sur trois phénomènes capitaux, selon moi, qui se sont manifestés d'une manière frappante chez notre malade; je veux parler :

1° De la salivation, dont l'abondance devint de plus en plus excessive à mesure que l'affection faisait des progrès;

2° De l'envahissement des ganglions péri-maxillaires, signalé depuis longtemps comme une des conséquences les plus fatales de l'épithélioma lingual;

3° De l'aggravation que le traitement hydrargyrique et ioduré semble faire subir à la maladie.

Un pareil fait ne se produirait point si cette maladie était de nature syphilitique; il y aurait, au contraire, de l'amélioration, pas aussi merveilleuse par sa rapidité qu'on se plaît à le dire, mais, en sommes, très-appréciable.

VI

La transformation du psoriasis lingual en épithélioma a été signalée dans ces derniers temps par plusieurs pathologistes. M. Lailler en a cité un cas. Deux autres cas ont été observés par M. Papillon. Samuel Plumbe, dit-on, a présenté à la Société médicale de Londres trois cas d'individus atteints d'*ichthyose*, ou psoriasis de la langue, qui ont tous les trois été affectés ultérieurement d'épithélioma (2). Maintenant que l'attention est éveillée sur cet intéressant sujet, il est probable que les observations vont se multiplier.

S'il est vrai, et pour mon compte je n'en doute pas, que le psoriasis de la langue prédispose d'une façon si directe à l'affection cancéreuse de l'organe, de quelle importance ne serait-il pas de le guérir avant qu'il ne tournât à la malignité? Et si on envisage la question à un point de vue théorique, ne serait-il pas curieux de savoir comment, par quel mode pathogénique, sous l'influence de quelle cause locale et générale, une phlogose chronique se métamorphose en cancer; par quel mécanisme, et au milieu de quelles conditions organo-pathologiques se rattachant à la structure intime des tissus, une prolifération épithéliale qui avait été, pendant plus ou moins longtemps, modérée, superficielle, bénigne, devient effrénée, profonde, envahissante, destructive, mortelle?

Enfin, pendant l'évolution d'un psoriasis bucco-lingual, qui ne présente à pre-

(1) J'ai appris depuis que ce malade était mort vers le milieu du mois d'octobre. Les ganglions maxillaires avaient commencé à s'ulcérer et jetaient un liquide ichoreux.

(2) J'ai vainement cherché cette communication de M. Samuel Plumbe dans les recueils scientifiques anglais.

mière vue aucune particularité dans sa physionomie et ses allures, n'existerait-il pas quelques traits, quelques signes capables de révéler longtemps à l'avance sa métamorphose ultérieure, et pouvant servir de base aux indications thérapeutiques les plus urgentes?

Je ne pense pas qu'il soit possible de répondre encore à toutes ces questions. Je ne pense pas non plus qu'on ait encore déterminé d'une manière précise le rôle pathogénique des maladies constitutionnelles dans la production du psoriasis buccal et, à plus forte raison, leur action sur les tendances bénignes ou malignes de cette affection.

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE.

THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDE DES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'EUCALYPTUS GLOBULUS (1);

Par le docteur GIMBERT (de Cannes).

D'après les recherches de M. Cloëz, exposées en 1870 à l'Académie des sciences, l'eucalyptus globulus renferme du tannin, une substance résineuse et une essence, l'*eucalyptol*, qui représente son principe actif. C'est cette essence qui constitue l'agent *antiseptique, anticatarrhal et antipériodique*. Renfermée dans toutes les parties de la plante, et principalement dans les feuilles et les fleurs, elle forme un camphre liquide dont la formule atomique est ainsi conçue : $C^{24}H^{20}O^{2}$. C'est un liquide légèrement verdâtre ou incolore, exhalant une forte odeur aromatique que les uns comparent à celle du camphre, des essences de lavande, du myrte et de la rose.

Étudiant les propriétés antiseptiques de l'eucalyptol, qui avaient été signalées, peu avant, par M. Cloëz, le docteur Gimbert introduit, dans quatre tubes à expériences, 10 grammes de sang défibriné de canard. Un d'eux est traité avec 1 gr. d'une solution au 10e d'acide phénique; 1 autre reçoit un gr. d'essence de térébenthine; le troisième, 1 gr. d'eucalyptol; le dernier, 5 gr. d'une solution d'acide prussique.

L'acide phénique donne aussitôt au sang une coloration couleur brun chocolat et le coagule en partie; les globules, examinés huit jours après, sont devenus sphériques, d'ovales et aplatis qu'ils étaient; ils sont plus foncés, durs, ont des irrégularités et des contours très-accusés. L'acide, ici, se combine avec la matière colorante, l'hémato-globuline. Quatre mois après, ils sont encore intacts, et le sang n'acquiert aucune odeur de putréfaction sous l'influence des plus fortes chaleurs de l'été.

L'eucalyptol donne rapidement au sang une couleur rosée; le globule se gonfle, puis il s'affaisse, se décolore, ses bords deviennent imperceptibles, et on ne voit bientôt plus que des noyaux brillants régulièrement espacés, occupant le centre des globules décolorés. L'hématoglobuline expulsée a été remplacée par l'essence; ce qui le prouve, c'est qu'au bout de vingt-quatre heures, le mélange devient plus foncé, plus rouge, ce qui est dû à la présence de la matière colorante dans la masse liquide. Le mélange, conservé pendant cinq mois à l'air libre, n'a pas changé d'aspect et n'a subi, dans les mois suivants, aucune fermentation putride. Seulement, il est devenu plus fluide et granuleux, rempli de nombreuses gouttelettes d'essence, qui ont dissous ou réduit insensiblement les globules.

Le sang traité par la térébenthine prend plus lentement une coloration rosée, qui apparaît surtout à la surface du mélange. Les globules perdent leur hémato-globuline, qui tombe au fond du tube; mais, après cinq jours, la putréfaction s'empare du liquide.

Dans la solution prussique, les globules conservent pendant huit jours leur forme et leur aspect normal; mais, à cette date, la putréfaction commence. Pour empêcher la fermentation, il s'agit d'ajouter une quantité suffisante d'eucalyptol.

Pour démontrer l'action antiseptique de l'eucalyptol sur les animaux vivants, M. Gimbert injecte tous les matins à deux vigoureux lapins 20 gouttes de cette essence. Au bout de six jours, il retire de leurs veines une certaine quantité de sang qui a l'odeur bien caractérisée de l'eucalyptus. Le sang, exposé à l'air, se coagule normalement; le caillot se dessèche, se momifie, conservant toujours le parfum de l'eucalyptus, et il ne fermente pas. Dans tous les cas, l'hémato-globuline est chassée du globule, s'oxyde au dehors, et l'élément anatomique est comme embaumé; c'est un véritable *embaumement élémentaire*. Puisque l'endosmose de l'eucalyptol a été constatée, cette substance n'agit donc pas, comme M. Demarquay l'a cru

(1) *Archives générales de médecine*, février et juin 1873.

(*Bullet. de thérap.*, 15 mai 1871), en jouant le rôle de vernis protecteur sur les éléments ou les substances albuminoïdes.

Les expériences ont aussi prouvé que ces propriétés antifermentescibles s'exercent sur toutes les parties animales du sang, la fibrine, l'albumine, les hématies ou leucocytes.

Ainsi, comme antiseptique, l'eucalyptol se place à côté de l'acide phénique, et il est supérieur à la térébenthine et à l'acide prussique. Mais l'eucalyptol n'est pas un irritant comme l'acide phénique : il peut être employé dans toutes les lésions externes compliquées de pourriture d'hôpital, de gangrène, de suppurations fétides; à l'intérieur, contre les ulcérations typhiques, dysentériques, les ulcères de l'estomac, les états septicémiques, la diphthérie, la gangrène pulmonaire, la bronchite fétide, etc.

L'eucalyptol, appliqué directement sur les muqueuses, les congestionne légèrement; l'administration de quelques gouttes donnent de la fraîcheur dans la bouche, l'œsophage et l'estomac; mais l'administration de 1 à 2 gr. est suivie d'une irritation, d'une sensation de chaleur désagréable, de douleur stomacale et parfois intestinale.

A la suite d'une dose modérée (10 à 20 gouttes), le pouls s'accélère, et il survient une excitation qui est une ivresse très-agréable : besoin irrésistible de se mouvoir, souplesse et sentiment de légèreté dans tout le corps; les forces sont augmentées ainsi que l'appétit; les individus sont gais, contents, etc. Cette influence laisse toujours après elle une grande sécurité d'esprit et un sommeil excellent. — L'excitation causée par l'eucalyptol peut aller jusqu'à la fièvre (Gubler); mais, d'après l'auteur, ces légers accidents fébriles sont exceptionnels et ne surviennent que chez les gens éminemment nerveux.

La persistance dans l'administration des doses, même médiocres, chez les individus faibles, leur augmentation, font aussi tomber les sujets dans un *état asthénique* : abaissement de la température d'un degré à un degré et demi; respiration moins fréquente, plus profonde, ralentissement du pouls, prostration des forces, besoin de sommeil. — En dernier lieu, l'eucalyptol peut devenir toxique; il tue par son action sur la substance grise de la moelle, dont il paralyse la sensibilité excito-motrice en général, et la sensibilité réflexe en particulier. Son action se rapproche donc de celle du bromure de potassium.

L'empoisonnement par l'eucalyptol peut survenir assez promptement; mais on conjure facilement les accidents par quelques tasses de café.

L'eucalyptus amoindrit le pouvoir excito-moteur de la moelle, il excite fortement le grand sympathique; sous son influence, la circulation est accélérée, et c'est ainsi qu'il combat la bronchite chronique, qu'il surexcite la bronchite aiguë et fait disparaître certaines congestions cérébrales, pulmonaires.

Les poumons, les reins et la peau sont les organes d'élimination de l'eucalyptol. M. Gimbert fait remarquer que les gens nerveux supportent moins le médicament; on prévient l'intolérance en associant le laudanum au médicament. — En s'éliminant par les poumons, l'eucalyptol stimule la contractilité des fibres lisses des vaisseaux, diminue leur calibre, ce qui produit une facilité plus grande de respiration et, dans les maladies pulmonaires, la cessation ou la diminution des engorgements capillaires. S'éliminant par la muqueuse bronchique, il peut se traduire par des phénomènes d'irritation, l'augmentation de la toux, la production d'hémoptysies, s'il y a des tubercules.

L'eucalyptus s'élimine par les reins et donne aux urines l'odeur de violette lorsqu'il a été absorbé sous forme d'essence, et une odeur herbacée ou presque nulle quand il a été absorbé sous forme de poudre ou d'alcoolature. Moins irritant que la térébenthine pour l'appareil urinaire, ce médicament doit être employé dans les affections subaiguës des reins ou de la vessie. — Un fait remarquable, c'est que, sans exciter l'uropoïèse, l'eucalyptol entraîne avec lui dans les urines des proportions énormes d'urée. Est-ce dû à l'activité plus grande de la circulation capillaire ayant pour conséquence une exosmose plus facile et plus rapide des principes azotés de désassimilation, ou à une combustion plus active?

La peau, par l'élimination de ce médicament, peut présenter sur le cou, la poitrine, les bras et le ventre, une éruption constituée par des plaques rutilantes, prurigineuses, larges de 2 à 3 cent., disparaissant en cinq ou six jours. En résumé, l'eucalyptus est : 1° *antiseptique*; 2° *stimulant diffusible*, par son action sur les centres nerveux et le grand sympathique; 3° *dépuratif*, par la grande quantité d'urée qu'il élimine; 4° *substitutif*, par son action un peu irritante sur les muqueuses respiratoires, etc., et sur les plaies; 5° *antipériodique*.

M. Gimbert conseille l'emploi de ce médicament en applications externes, dans les arthropathies chroniques et rhumatismes nerveux et musculaires chroniques, les névralgies, l'anémie, les affections catarrhales chroniques des fosses nasales, du pharynx, du larynx, du rectum, du vagin, du col utérin et de la vessie, dans les plaies atoniques ou de mauvaise nature.

L'eucalyptus est dangereux dans les bronchites à l'état aigu; mais, quand l'expectoration

devient plus épaisse, l'eucalyptus hâte la guérison. C'est ainsi qu'il trouvera son emploi dans les bronchites subaiguës, chroniques, dans les bronchites tuberculeuses, à la condition qu'il n'y ait pas de phénomènes aigus.

Dr Henri HUCHARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 décembre 1873. — Présidence de M. DEPAUL.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Laboulbène comme membre titulaire de l'Académie dans la section d'anatomie pathologique.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Laboulbène prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. Dupuy, pharmacien à Bruxelles, sur le suc concentré du cresson.

2° Une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, une nouvelle source minérale située dans la commune de Cette (Hérault).

3° Le rapport final de M. le docteur Contesso, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné cette année dans les communes d'Ausigey, Courbouzon et Géruge (Jura). — (Com. des épidémies.)

4° Un rapport de M. le docteur Dubois, médecin inspecteur des eaux de Vichy, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1872. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Bourguignon sur la phlébothérapie ou traitement des maladies par les injections veineuses. (Com. MM. Barth, Gosselin et Vulpian.)

2° Une note de M. le docteur Demarquette, intitulée : *Sécrétions purulentes sous-cutanées apparaissant sans cause connue sur plusieurs régions des membres; symptômes de morve; guérison.* (Com. MM. Bouley, Tardieu, Goubaux.)

M. le docteur Condereau soumet au jugement de l'Académie une sonde aspiratrice et à double courant fabriquée, sur ses indications, par M. Capron, fabricant d'instruments de chirurgie.

—

M. LE PRÉSIDENT offre en hommage, au nom de M. Gueneau de Mussy (Noël), le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Clinique médicale.*

M. GOSSELIN dépose sur le bureau le 3e fascicule du tome IV du *Traité élémentaire de pathologie externe* de Follin, continué par M. Simon Duplay.

M. DEVILLIERS présente, au nom de M. le docteur Brochard, une brochure intitulée : *Les enfants trouvés, à Lyon et à Moscou.*

M. CHATIN dépose sur le bureau : 1° Une brochure intitulée : *Recherches expérimentales* relatives à la contractilité de la rate, à l'action du sulfate de quinine et de quelques autres substances sur cet organe, par M. le docteur Rochefontaine; — 2° une *Étude sur la glycérine officinale et les glycérés,* thèse par M. Mayet, interne en pharmacie; — 3° un *Essai sur le phosphore,* thèse de pharmacie par M. A. Bor; — 4° une thèse de pharmacie par M. Amédée Odin, intitulée : *De l'huile de foie de raie et de la glande qui la fournit;* 5° une thèse de M. Aubert, intitulée : *Organogénie de la fleur dans le genre Salix,* et *Étude sur les saules et la salicine au point de vue balsamique, chimique et thérapeutique.*

—

M. le président DEPAUL présente une petite fille de 6 ans qui offre la monstruosité suivante : A la partie inférieure et antérieure du bassin, entre l'ombilic et les organes génitaux externes, elle porte appendue presque la moitié inférieure du corps d'un enfant, portion de bassin et membres inférieurs.

Il s'agit évidemment, ici, d'une monstruosité par inclusion.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra. La parole est à M. WOILLEZ.

L'honorable orateur s'attache à défendre la doctrine de l'*importation* du choléra et à combattre le système de la *spontanéité.* Il s'étudie principalement à réfuter les arguments de M. Jules Guérin, le représentant le plus ingénieux et le plus énergique de ce système.

M. Woillez reconnaît la réalité de la diarrhée dite *prémonitoire* dont M. J. Guérin a constaté

l'existence dans la grande majorité des cas de choléra épidémique. En faisant cette constatation, M. J. Guérin a rendu, suivant lui, un véritable service à la science, aux médecins et aux malades. Mais M. Woillez pense que M. J. Guérin a exagéré la valeur et la signification de ce fait. D'abord, en ce qui concerne la diarrhée prémonitoire des épidémies, c'est-à-dire celle qui précède les épidémies de choléra, l'orateur pense qu'il est bien difficile, voire impossible, de préciser en quoi consiste le caractère prémonitoire d'une épidémie de choléra qui aurait son germe dans des diarrhées épidémiques préexistantes. Suivant lui, M. J. Guérin n'a pas démontré l'existence du lien nécessaire qui existerait entre les diarrhées caractérisant les *constitutions médicales* et l'invasion des épidémies cholériques. Rien ne prouve que les constitutions médicales avec diarrhée aient été la source du choléra en 1831 et 1832.

Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que les constitutions médicales diarrhéiques fussent particulières au choléra, qu'elles se montrassent comme des avant-coureurs certains; qu'elles ne fussent pas, en un mot, de simples constitutions saisonnières ou estivales sans autres caractères. M. J. Guérin semble s'être attaché à ne parler que des constitutions médicales qui ont immédiatement précédé les épidémies cholériques, faisant abstraction de toutes les autres. Cependant, toutes se ressemblent et ne diffèrent que par leur date.

On ne saurait donc voir le germe particulier des épidémies de choléra dans ces diarrhées saisonnières annuelles qui peuvent évoluer vers la dysenterie ou vers la fièvre typhoïde, mais non vers le choléra épidémique.

M. Woillez n'admet pas non plus que le choléra infantile et le choléra nostras ou sporadique puissent être considérés comme les germes des épidémies cholériques. Il croit, comme M. Chauffard, à l'indépendance des deux choléras sporadique et épidémique. En 1868, M. J. Guérin avait, d'après la constitution saisonnière diarrhéique de cette année, prédit une épidémie de choléra, prédiction qui, heureusement, ne fut point réalisée.

En ce qui concerne la deuxième forme de diarrhée prémonitoire admise par M. J. Guérin, celle qui précède habituellement l'attaque de choléra, la *cholérine*, en un mot, M. Woillez ne voit pas dans les assertions et les arguments de M. J. Guérin la démonstration de l'importance qu'il attache à cette forme. Il dit avoir observé ces diarrhées sans union possible avec une épidémie cholérique quelconque.

Sans doute la très-grande fréquence de la diarrhée comme prélude du choléra est un fait positif, mais cette succession n'implique pas l'identité de nature. Le phénomène prémonitoire est loin d'être constant. On a observé un certain nombre de cas d'invasion brusque ou d'emblée du choléra asiatique. De même, les cas de choléra sec sont incompatibles avec la genèse de la diarrhée prémonitoire.

La coïncidence, chez le même individu, de quelques signes de choléra vrai avec la diarrhée prodromique semble militer en faveur de l'opinion de M. J. Guérin, qui voit dans ces cas des exemples de choléra *ébauché*. Cependant M. Woillez ne peut concéder que toutes les autres diarrhées qui s'observent en même temps, sans phénomènes cholériques, soient aussi des choléras ébauchés. Si les matières diarrhéiques évacuées sont colorées par la bile et que rien en apparence ne les distingue des diarrhées vulgaires, ni M. J. Guérin, ni personne, n'est en droit d'affirmer qu'elles sont de nature cholérique. Ces diarrhées peuvent être de diverses natures, les unes se prolongeant et persistant sans jamais être suivies de choléra, d'autres guérissant par l'emploi d'un purgatif, ce qui en démontre la simplicité. D'autres, enfin, étant le résultat pur et simple de la frayeur en temps d'épidémie cholérique. Il est plus rationnel, suivant M. Woillez, de voir dans ces diarrhées un état pathologique *prédisposant* à l'invasion du choléra, plutôt que le choléra lui-même à son début.

Le caractère contagieux de la diarrhée dite *prémonitoire*, invoqué par M. J. Guérin comme une preuve de spécificité, ne paraît pas à M. Woillez constituer une raison démonstrative. On a constaté plus d'une fois cette contagion par des individus en apparence bien portants, allant d'une localité infectée dans une autre indemne jusque-là. C'est l'homme lui-même, plutôt que son flux de ventre, qui est une cause puissante de propagation.

La diarrhée, en temps d'épidémie cholérique, ne présentant pas, dans la plupart des cas, de caractère qui la spécialise comme expression du choléra, on doit y voir le plus souvent un état pathologique prédisposant au choléra plutôt qu'un prodrome caractéristique de cette maladie.

Quant à ce qui concerne les diarrhées pendant les épidémies, M. Woillez n'admet pas qu'elles soient toutes sous la dépendance de la maladie épidémique. Suivant lui, M. J. Guérin n'a pas davantage démontré cette partie de sa doctrine.

M. Jules Guérin a trouvé un mot pittoresque quand il a parlé de l'*embryogénie* du choléra. Mais qui dit embryogénie, dit existence nécessaire d'un germe ou embryon, évolution graduelle dans son développement, et régularité de cette évolution, nécessairement semblable pour chaque espèce. Or, le choléra ne présente nullement ce caractère. La diarrhée, ainsi qu'il

a été dit, n'est pas un symptôme constant du choléra. On a trouvé de 5 à 15, 20, 50 p. 100 d'exceptions, et même davantage. La diarrhée prémonitoire n'est donc pas l'origine embryogénique du choléra.

Il faut tenir compte, en outre, du défaut absolu de régularité que présente l'ensemble des épidémies de choléra dans leur invasion, leur évolution, leur marche, leur durée, etc. Tous les documents recueillis dans les diverses épidémies démontrent cette irrégularité.

M. Woillez ajoute en terminant que l'origine du choléra par importation est aujourd'hui une question absolument et définitivement résolue : si la doctrine de la spontanéité, si répandue autrefois, n'a plus pour elle que quelques rares adhérents, c'est que la science a marché. M. J. Guérin a subi aussi l'influence de ce progrès. Il n'admet pas, il est vrai, la grande importation des épidémies, mais il en admet une petite entre localités peu éloignées d'un même pays. C'est déjà un pas de fait ; il serait surprenant que, en présence des coups répétés portés à sa doctrine, il restât inébranlable dans ses affirmations.

M. Panas, candidat pour la section de médecine opératoire, lit un travail sur la résection du nerf buccal, branche du nerf maxillaire inférieur. Nous regrettons de n'avoir pas trouvé au secrétariat le manuscrit de ce travail, qui a été renvoyé à la section constituée en commission d'élection.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

JOURNAL DES JOURNAUX

Plaie unilatérale de la moelle épinière, par le docteur Riegel. — Un garçon de 22 ans reçoit un coup de couteau à gauche de la nuque et présente, quelques mois après, les phénomènes suivants : impuissance motrice à peu près absolue dans les membres gauches, avec diminution de volume et de température, tandis que ceux de droite sont à l'état normal et conservent le sens de la pesanteur; paralysie des muscles intercostaux à gauche et rien à droite ; enfin, hyperesthésie telle de la peau dans toute la moitié gauche du corps, au-dessous de la blessure, que le moindre attouchement y provoquait des contractions énergiques et un tremblement des membres paralysés, tandis que c'est de l'anesthésie du côté droit. Ce contraste est limité si exactement par moitié, qu'il s'observe même sur le scrotum et le pénis, et ne dépasse pas le niveau de la blessure, c'est-à-dire la deuxième côte. Au-dessus, la sensibilité est normale à droite comme à gauche.

Pour combattre l'hyperesthésie et les contractions, l'arsenic fut administré par la voie gastrique sans résultat, mais les injections hypodermiques, au nombre de 26, diminuèrent notablement l'excitabilité, et le résultat fut que les pincements ne produisaient même plus de tremblement. (*Berl. Klin. Wochensch.*, n° 18.)

Ce fait remarquable est une confirmation des résultats obtenus sur les animaux par M. Brown-Sequard, à savoir : qu'une blessure d'un côté de la moelle détermine la paralysie des parties situées au-dessous du même côté, avec exaltation de la sensibilité cutanée, tandis qu'il y a anesthésie cutanée seulement du côté opposé. D'où cette conclusion : que l'entrecroisement des fibres nerveuses pénétrant dans la moelle par les racines postérieures se fait ainsi en remontant jusqu'à l'encéphale. — P. G.

FORMULAIRE

Potion pectorale.

Décoction de fruits pectoraux.	120 grammes
Sirop de violettes.	10 —
Sirop d'éther.	15 —
Laudanum de Rousseau.	10 à 15 gouttes.

F. s. a. une potion à donner quatre ou cinq fois, dans le courant de la soirée et de la nuit, contre la toux accompagnée de quintes nerveuses. — N. G.

Pilules contre la constipation.

Aloès succotrin	1 gramme.
Extrait de camomille	1 —
Extrait de rhubarbe.	2 —
Gingembre pulv.	50 centigrammes.

F. s. a. vingt pilules.

On en administre de une à trois, le soir, aux personnes habituellement constipées, qui ont l'appétit peu développé et les digestions laborieuses. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 25 Décembre 1665.

La Faculté de médecine de Paris ayant appris que aucuns de ses professeurs, qui démontroient l'anatomie dans l'amphithéâtre, se permettoient d'entretenir leurs auditeurs de la circulation du sang, d'après l'explication d'Harvey; la Faculté, disons-nous, défend auxdits professeurs, soit en enseignant, soit en lisant, soit en interprétant, de s'éloigner de l'esprit d'Hippocrate et de Galien. — A. Ch.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — MM. Bouillaud et Axenfeld, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, sont autorisés à se faire suppléer dans leurs cours, pendant l'année scolaire 1873-1874, savoir :

M. Bouillaud, par M. Brouardel, — M. Axenfeld, par M. Damaschino, agrégés près ladite Faculté.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Hirtz, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, est autorisé à se faire remplacer dans son cours, pendant l'année 1873-1874, par M. Bernheim, agrégé près ladite Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Bouisson, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1873-1874, par M. Jaumes, agrégé près ladite Faculté.

École de médecine de Caen. — Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen :

1° Professeur de clinique interne, en remplacement de M. Vastel, décédé, M. Roulland, professeur de pathologie externe et médecine opératoire;

2° Professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Roulland, M. Bourienne, professeur d'anatomie et physiologie;

3° Professeur titulaire de la chaire d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Bourienne, M. Fayel, professeur adjoint de clinique interne;

4° Professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Fayel, M. Wiart, professeur adjoint d'anatomie et physiologie;

5° Professeur adjoint d'anatomie et physiologie, en remplacement de M. Wiart, M. Levéziel, professeur suppléant des chaires de médecine et chef des travaux anatomiques;

6° Chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Levéziel, M. Delouey, suppléant.

Administration générale de l'Assistance publique, a Paris. — La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1873, a eu lieu hier *mercredi, 24 décembre* 1873, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance a eu lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1873.

MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, *dans les formes ordinaires,* à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1874.

En conséquence, MM. les élèves internes et externes devront se présenter au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans lesdits établissements.

Ces cartes seront délivrées :

A MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le *mardi* 23 *décembre,* à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3; — de 1re année, et aux internes provisoires, le *mercredi* 24 *décembre,* à trois heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3;

A MM. les élèves externes de 2e et de 3e année, le *vendredi* 26 *décembre,* à une heure très-précise; — de 1re année, le *samedi* 27 du même mois, à une heure très-précise, dans le même amphithéâtre.

Nota. — MM. les élèves sont prévenus que, pour le classement, l'année 1870 ne comptant pas, chaque promotion remontera d'une année en arrière.

La proclamation des internes pour 1874 a eu lieu dans l'ordre suivant :

Internes titulaires. — 1. Cuffert. — 2. Taperet. — 3. Bouveret. — 4. Schwartz. — 5. Ribemont. — 6. Chenet. — 7. Darolles. — 8. Léger. — 9. Richand. — 10. Dreyfus. — 11. Oul-

mont. — 12. Guyard. — 13. Porock. — 14. Magne. — 15. Drouin (Léon). — 16. Kermisson. — 17. Graux. — 18. Moutard-Martin. — 19. Hirtz. — 20. Angelot. — 21. Decaudin. — 22. Hervonet. — 23. Rafinesque. — 24. Chevalier. — 25. Collin. — 26. Delfan. — 27. Poufard. — 28. Rondot. — 29. Daxe. — 30. Vallerian. — 31. Doumenge. — 32. Rémy. — 33. Martin. — 34. Balyer. — 35. Iszenard. — 36. Ledouble. — 37. Chirey. — 38. Garnier. — 39. Michel. — 40. Magon.

Internes provisoires. — 1. Sainte-Marie. — 2 Goley. — 3. Richerand. — 4. Regnard. — 5. Cossy. — 6. Carpentier-Méricourt. — 7. Delaunay. — 8. Langlebert. — 9. Dreyfous. — 10. Magnant. — 11. De Boissimon. — 12. Robin. — 13. Carrié. — 14. Parent. — 15. Rojean. — 16. Verville. — 17. Noel. — 18. Redard. — 19. Cruet. — 20. Drouin (Alphonse). — 21. Mora. — 22. Faucher. — 23. Lépine. — 24. Gœtz. — 25. Clozel de Boyer. — 26. Bulteau. — 27. Petel.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 6 décembre 1873, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur, M. Cabrol, médecin de 1re classe.

Au grade de chevalier, M. Vizerie, médecin-major de 2e classe.

— Nous sommes heureux, dit le *Lyon médical*, de faire connaître au public médical l'acte de dévouement qui est inscrit dans les lignes suivantes :

« Mon cher confrère, la semaine dernière, j'ai dû essayer une transfusion du sang dans la salle de la maternité de l'Hôtel-Dieu.

« Il s'agissait d'une malade que des pertes énormes, dues à l'insertion vicieuse du placenta, avaient conduite à toute extrémité, même avant l'accouchement.

« Malgré l'inutilité presque probable du sacrifice, un de nos internes, M. Vincent, n'a pas hésité à donner son sang. Je tiens à l'en remercier publiquement ici ; en s'honorant lui-même, il a continué les traditions généreuses du Corps auquel il appartient et rappelé à notre mémoire les actes semblables de quelques-uns de ses prédécesseurs.

« Agréez, etc. A. GAYET. »

— Pendant l'année scolaire 1872-1873, la Faculté de médecine de Montpellier a compté 466 élèves ; elle n'en avait que 398 en 1869.

Dans la même année, la Faculté a délivré 163 diplômes, ainsi répartis : docteurs, 81 ; officiers de santé, 2 ; sages-femmes de première classe, 68 ; sages-femmes de deuxième classe, 12.

— Le Conseil municipal de Bordeaux, discutant le budget, a adopté l'article suivant : « Chaque année, et même plusieurs fois par an, toutes les fois que l'occasion se présente, la commission, le Conseil municipal renouvellent le même vœu concernant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie.

« Aujourd'hui votre commission ne renouvelle pas le vœu, n'émet pas le vœu, n'exprime pas le désir, elle *exige* que ce soient les élèves en pharmacie et non les sœurs qui, dans les hôpitaux, fassent les manipulations pharmaceutiques. Elle déclare qu'elle refusera le budget des hospices si satisfaction n'est pas accordée à sa demande. »

— M. le docteur Fort recommencera ses cours particuliers d'anatomie le lundi 12 janvier 1874. MM. les élèves doivent s'inscrire pour ces cours chez M. Fort, 21, rue Jacob, les mardis, jeudis et samedis, de 9 heures à 10 heures du matin.

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872) : 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 19 décembre on a constaté 856 décès, savoir :

Variole, 1 décès ; — rougeole, 9 ; — scarlatine, 0 ; — fièvre typhoïde, 11 ; — érysipèle, 8 ; — bronchite aiguë, 53 ; — pneumonie, 58 ; — dysenterie, 5 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 1 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 13 ; — croup, 6 ; — affections puerpérales, 12 ; — affections aiguës, 280 ; — affections chroniques, 330 (dont 156 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 49 ; — causes accidentelles, 10.

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 7 au 13 décembre, 1,759. Variole, 4 ; rougeole, 133 ; scarlatine, 22 ; fièvre typhoïde, 28 ; érysipèle, 14 ; bronchite, 364 ; pneumonie, 102 ; dysenterie, 1 ; diarrhée, 9 ; choléra nostras, 0 ; diphthérie, 8 ; croup, 15 ; coqueluche, 42 ; autres causes, 1,017.

ROME. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 1er au 7 décembre : 170. Fièvre typhoïde, 4 ; érysipèle, 1 ; bronchite, 13 ; pneumonie, 12 ; diphthérie et croup, 7 ; autres causes, 133.

Le Gérant, G. RICHELOT.

PARIS. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

REVUE CLINIQUE CHIRURGICALE

Sommaire. — Hydarthrose du genou terminée par rupture de la synoviale. — Kyste de la veine saphène interne. — Emploi du cautère actuel dans dans le traitement de la tumeur érectile. — Dilatation forcée dans la contracture du col vésical.

Hydarthrose du genou terminée par rupture de la synoviale. — Nous venons d'observer chez une femme du service de M. Tillaux, à l'hôpital Lariboisière, une terminaison insolite de l'hydarthrose, je veux parler de la *rupture spontanée du cul-de-sac synovial de l'articulation du genou*. Cet accident, qui, si je ne me trompe, est assez rare, s'est accompagné chez la malade de plusieurs phénomènes si nets et si accusés qu'on peut, à notre avis, les considérer comme signes caractéristiques de cette déchirure; voici le fait dans ses points les plus saillants :

Une jeune fille de 20 ans, fortement constituée, venue à pied, se présenta à la consultation portant une hydarthrose du genou gauche si volumineuse et avec une tension de la synoviale si prononcée que le chirurgien se demanda s'il n'y avait pas là indication à faire immédiatement chez cette femme une ponction capillaire, et lui proposa d'entrer; elle refusa, mais, deux jours après, elle était forcée de se faire transporter à l'hôpital. Voici l'accident qui lui était arrivé : en quittant la consultation, malgré la gêne extrême dont le genou était le siége, elle fit une longue course et, en chemin, au moment où elle pressait le pas pour atteindre un omnibus, elle ressentit tout à coup un *craquement* très-fort dans le genou, qui *dégonfla* presque complétement, au dire de la malade, tandis que la partie inférieure de la *cuisse acquit un volume plus considérable*. A son entrée dans les salles, une douleur persistante se calma par l'application de sangsues de chaque côté de l'articulation : cette dernière, qui, quelques jours auparavant, était si tuméfiée, dépassait maintenant à peine en volume celle du côté droit, mais au-dessus de la rotule et tout autour de la demi-circonférence antérieure du segment inférieur de la cuisse, il existait à la vue un gonflement notable, non fluctuant, peu douloureux et donnant au palper la sensation d'une masse solide indurée, profonde, embrassant la partie correspondante du fémur.

La présence de cette *tuméfaction dure* de la cuisse aurait certainement pu donner le change à un chirurgien resté dans l'ignorance des commémoratifs et de l'état antérieur de la malade, et faire croire à une lésion osseuse, ou tout au moins à une altération du périoste. Chez cette malade, le doute n'était pas permis : le gonfle-

FEUILLETON

CAUSERIES

Du nouveau, je n'en connais guère, et si vous en savez plus que moi, vous auriez bien dû me le faire connaître, bien-aimé lecteur. J'aurais été enchanté de pouvoir vous donner pour cette fin d'année une *Causerie* bien nourrie, accidentée, incidentée, amusante et spirituelle, touchante et dramatique. Mais j'ai beau gratter mes bosses frontales, rien ne vient; j'ai beau chatouiller le lobule de l'oreille d'où partent les pensées neuves, selon le philosophe Charron, je n'en vois surgir aucune. Notre domaine est si limité, notre topographie si restreinte, que les incidents y sont rares et bientôt racontés.

Voyez un peu :

Notre Faculté parisienne est triste, bien triste ; il y a de quoi.

Depuis combien d'années la berce-t-on de promesses chimériques et d'espoirs décevants! Cela remonte au moins à l'édilité de M. de Rambuteau et aux premières années du règne d'Orfila. Depuis lors la Faculté n'en étouffe pas moins dans sa ceinture trop étroite, et rien n'a abouti des magnifiques projets successivement mis au jour. Dernièrement, on a cru toucher au but. Le ministre compétent était venu visiter les lieux ; une commission de l'Assemblée nationale s'était officiellement transportée au monument édifié par les générosités de Lapeyronie; une commission du Conseil municipal avait suivi ce noble exemple; tous, ministre, députés, édiles, avaient reconnu l'utilité et l'urgence d'un agrandissement considé-

ment crural était bien le résultat du passage du liquide de l'hydarthrose par une rupture du cul-de-sac tricipital, et de son infiltration au-dessous de la masse musculaire. L'immobilité et les résolutifs suffirent pour amener en quinze jours une guérison complète.

Ce qui frappe le plus, dans cet exemple, est l'innocuité remarquable de la lésion, l'absence de toute réaction inflammatoire et la résorption rapide de la sérosité épanchée. Toutefois, la bénignité de ces symptômes consécutifs n'a pas lieu d'étonner, si on songe que nous avons eu affaire ici à une rupture sous-cutanée, et que le liquide, privé de tout contact avec l'air extérieur, n'a subi heureusement dans sa composition aucun changement qui pût porter atteinte à l'état général de la malade.

KYSTE DE LA VEINE SAPHÈNE INTERNE GAUCHE. — Les dilatations variqueuses de la saphène interne ne sont pas un accident rare; les tumeurs veineuses formées par les ondulations en zigzag, avec pelotonnement de ces varicosités accumulées les unes à côté des autres à la manière de sangsues, se rencontrent aussi assez fréquemment, mais il n'en est pas de même des *poches kystiques* développées sur le trajet et aux dépens de cette veine. De pareils kystes, en raison de leur extrême rareté et des caractères qui leur sont propres, peuvent offrir, au point de vue du diagnostic, des difficultés sérieuses parfois fort préjudiciables au malade; et, par suite de leur bénignité apparente, mais trompeuse, ils doivent toujours rendre le chirurgien bien réservé dans le choix du mode opératoire.

C'est un de ces kystes que nous venons de rencontrer pour la première fois, dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière, chez un papetier de 32 ans. La tumeur occupait le côté interne de la région poplitée et reposait, par sa base, en avant du tendon du demi-membraneux. Bien délimitée et assez régulièrement sphérique, elle remontait à douze ou treize ans, et avait acquis peu à peu son volume actuel, qui était celui d'un petit œuf. A sa surface, la peau pouvait se plisser, n'était pas adhérente, et présentait une coloration très-légèrement bleuâtre; le palper y faisait reconnaître de la rénitence et une fluctuation des plus manifestes. Le malade portait des varices, mais aucune douleur, aucune gêne n'avait même accompagné le développement de cette tumeur, et la jambe n'avait jamais été plus faible que l'autre. Quel en était le diagnostic? Presque tous les élèves du service avaient cru à un kyste sébacé, et, de fait, l'erreur était bien pardonnable, car, de prime abord, les caractères physiques de cette tumeur vous reportaient involontairement à l'idée d'un kyste de cette nature. Toutefois, en se basant sur l'absence de tout point

---

rable; le devis même avait été à peu près fixé : tant pour l'État, tant pour la Ville. Tout allait sur des roulettes. Notre savant Doyen se félicitait déjà et voyait son décanat illustré par l'exécution de cette grande entreprise. Hélas! au bout de tout cela, ajournement indéfini. — Et l'argent? s'est écrié le ministre des finances. — Et l'argent? a répété le préfet de Paris. Or, comme il y a partout déficit, que l'État est obligé de trouver de nouveaux impôts, et la Ville d'imposer de nouvelles charges municipales, il n'y a pas apparence que de sitôt nous voyions réaliser le magnifique projet rêvé par M. Haussmann, et dont j'ai donné ici même un séduisant aperçu.

Mêmes désillusions, mêmes espérances déçues pour notre Académie de médecine, dont le badigeonnage récent,— vous vous en souvenez peut-être,— n'annonçait pour moi rien de bon. M. de Fortou, le nouveau ministre, a promis de venir voir. Il n'est pas encore venu, que je sache. En attendant, la bibliothèque continue à se détériorer, et dans cette bibliothèque on ne peut pas, on ne veut pas d'ailleurs, — et l'on fait bien, — caser le riche fond Daremberg, dont l'Académie a reçu le splendide cadeau.

Notre Académie sera encore en retard cette année pour sa séance annuelle, qui aurait dû avoir lieu vers le 15 décembre. On ne pense pas que cette séance soit possible avant la fin de janvier. M. Béclard, secrétaire perpétuel, doit, dit-on, prononcer l'*éloge* de M. Louis.

Voilà donc vidé mon petit sac hebdomadaire. Laissez-moi vous souhaiter la bonne année, et, comme tout cela serait trop court pour remplir les paginettes du feuilleton, permettez-moi de puiser dans le manuscrit de mon correspondant au paletot.

brunâtre à la surface de la poche, sur la situation de cette dernière le long de la saphène interne, et principalement sur la présence d'un cordon appréciable se détachant de la partie la plus déclive de la masse et formée par le segment inférieur de la veine, M. Tillaux établit qu'on pouvait fort soupçonner un kyste développé sur le trajet et peut-être aux dépens de ce vaisseau. Une ponction exploratrice, qui donna issue à une petite quantité de sang, leva tous les doutes.

Sollicité, d'une part, par le malade, qui désirait être débarrassé d'une tumeur qui, d'après son dire, avait fait depuis quelque temps beaucoup de progrès, et se fondant, d'autre part, sur un cas analogue que M. le professeur Trélat avait traité avec succès à la Charité par la cautérisation, M. Tillaux se décida à la détruire par l'application du caustique de Vienne. Tout se passa d'abord à souhait : l'eschare se détacha et la cicatrisation se trouvait en bon chemin, lorsque le malade fut pris de phlébite de tout le département veineux situé au-dessous du point affecté, et succomba en quelques jours à une infection purulente.

L'examen nécropsique donna complétement raison au diagnostic qui avait été porté. On avait bien eu affaire à un kyste communiquant avec la veine saphène et qui, avant de s'organiser, n'avait été sans doute primitivement qu'une phlébectasie non pas cylindrique ou fusiforme, mais partielle et latérale, reconnaissant elle-même probablement pour cause une dilatation mécanique. L'ectasie sacciforme ordinaire se produit, comme on sait, parce qu'à la suite d'une ondulation en zigzag il y a spécialement dilatation de la partie extérieure convexe de l'inflexion ; mais ce n'était pas du tout le cas actuel : au niveau du kyste que nous avons eu sous les yeux, la veine n'offrait aucune varicosité, aucun zigzag : sur une partie bien limitée de sa paroi s'élevait, à la manière de l'anévrysme sacciforme artériel, le kyste en communication large et directe avec l'intérieur du vaisseau.

TUMEUR ÉRECTILE ÉNORME CHEZ UN ENFANT DE DIX-SEPT JOURS. — EMPLOI DU CAUTÈRE ACTUEL. — Nous avons eu également la bonne fortune de voir dans le même service un enfant de dix-sept jours portant à la nuque une tumeur érectile qui avait acquis en peu de temps le volume considérable d'une brioche et que M. Tillaux traitait par le cautère actuel. Renonçant à la galvano-caustie qui avait donné lieu une première fois à un jet de sang assez inquiétant, ce chirurgien plongea en différents endroits, et à plusieurs reprises, dans toute la circonférence de la base de la tumeur, un stylet rougi au feu. Il espérait, par ce moyen, convertir la tumeur érectile en tissu fibreux. Par ce procédé, en effet, les canaux produits par

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE EN 1873 (1)

SECTION DE PATHOLOGIE INTERNE

Les promeneurs du boulevard peuvent voir tous les jours, de trois à quatre heures de l'après-midi, un beau vieillard de haute et droite stature, coiffé d'un chapeau à larges bords, vêtu d'une ample redingote noire, parcourant l'espace qui sépare la porte Saint-Denis du nouvel Opéra et *vice versa*, faisant cette course sans canne, et, quoiqu'il soit à peu près aveugle, évitant tous les obstacles, traversant avec habileté les endroits dangereux, tels que l'entrée du faubourg Montmartre, si justement nommée le *Passage des écrasés*; ce beau vieillard, cet aveugle, est l'un des plus anciens membres et l'un des doyens de l'Académie de médecine, c'est le bon, l'excellent, le digne et noble confrère M. ROCHE (Charles-Louis).

M. Roche, qui appartient à l'Académie depuis 1825, est âgé de 83 ans. Il y a moins d'un an qu'il n'assiste plus aux séances de l'Académie, dont il a toujours été l'un des membres les plus assidus et les plus zélés. Frappé d'une double cataracte dont M. le docteur Cusco espère faire prochainement et heureusement l'extraction, M. Roche n'attend que cette délivrance pour reprendre sa place qu'il a si dignement occupée dans notre docte sénat. Pendant plusieurs années, il y a rempli le rôle de secrétaire annuel, et la tradition s'y est conservée de l'étendue et de l'exactitude de ses procès-verbaux. Durant son règne de secrétaire annuel, M. Roche faisait tous les ans, à la séance solennelle, un rapport exigé par le règlement, exigence à laquelle tous ses successeurs se sont soustraits, sur les travaux de l'Académie pen-

(1) Suite. — Voir les numéros des 29 novembre et 13 décembre.

le passage du petit cautère actuel se transforment en autant de trajets fistuleux, autour desquels se fait un travail néoplasique qui a pour but la naissance de bourgeons charnus, et en fin de compte celle d'un tissu cicatriciel remplaçant la masse érectile et se rétractant de plus en plus.

Lorsque nous avons vu ce jeune enfant, c'est-à-dire plusieurs jours après l'emploi du cautère, une portion de la tumeur avait déjà pris de la consistance, mais, à son sommet, il s'était produit une mortification commençant à faire place à une ulcération et reconnaissant pour cause la perte de vascularité du milieu de la masse morbide. L'enfant allait bien, mais il était loin d'être complétement guéri, et M. Tillaux se proposait de renouveler les cautérisations, toujours à l'aide du stylet rougi au feu. Cette méthode est excellente, mais ses conséquences ne nous semblent pas exemptes de dangers, surtout chez un enfant de dix-sept jours; l'inflammation destinée à la transformation du tissu érectile en tissu fibreux n'entraîne pas, il est vrai, une suppuration considérable, mais il n'en est pas de même de celle qui suit l'élimination de la partie mortifiée et qui, par son abondance, pourrait épuiser un sujet aussi jeune avant que le processus curatif n'ait achevé son œuvre. Aussi, en pareilles circonstances, doit-on ne procéder qu'avec lenteur, et n'attaquer que successivement les divers départements de la tumeur. L'enfant vient d'être présenté, à la Société de chirurgie, complétement guéri.

Nous avons vu, tout récemment, préconiser, comme traitement radical des tumeurs érectiles, leur ablation avec l'instrument tranchant; outre les difficultés inhérentes à une semblable dissection, le danger de l'hémorrhagie est d'autant plus à redouter que les malades opérés sont presque toujours de jeunes enfants chez lesquels un écoulement sanguin, même minime, peut entraîner la mort. N'y aurait-il pas avantage, en pareil cas, à recourir à une opération mixte, c'est-à-dire à transformer peu à peu, soit en totalité, soit même en partie, la tumeur érectile en tissu fibreux à l'aide du cautère actuel, puis à en pratiquer ensuite, avec plus de sûreté, l'ablation, sans avoir à redouter l'hémorrhagie?

CYSTITE DU COL VÉSICAL AVEC CONTRACTURE REBELLE. — DILATATION FORCÉE. — Rien n'est plus difficile à combattre parfois que ces cystites du col de la vessie s'accompagnant de contracture rebelle et forçant les malades à une miction incessante qui n'a pour effet, le plus souvent, que l'expulsion de quelques gouttes d'urine à chaque fois. Rapprochant jusqu'à un certain point cette contracture, qu'il

---

dant l'année. A ces revues rétrospectives, M. Roche donnait l'intérêt de la science et le charme littéraire.

L'estime et la sympathie de l'Académie récompensèrent le zèle et le dévouement de M. Roche en l'élevant aux honneurs de la présidence.

La jeune génération médicale actuelle ne sait pas, ne se doute pas que le nom de M. Roche a été l'un des noms les plus populaires parmi les générations médicales qui l'ont précédée. Il est vrai qu'à ce nom il faut joindre un autre nom, celui de Sanson. Roche et Sanson! Les médecins d'avant, de pendant et d'après ma génération n'ont pas oublié ce double nom. Il est celui des auteurs d'un ouvrage célèbre qui, pendant vingt ans, a été le bréviaire des étudiants et même des jeunes docteurs, qui a eu cinq éditions, quoiqu'il formât cinq gros volumes compactes in-8°; cet ouvrage est intitulé : *Éléments de pathologie médico-chirurgicale.*

L'appréciation de cet ouvrage, qui ne sera probablement plus réimprimé, serait ici hors de propos. La partie médicale est seule l'œuvre de M. Roche, Sanson étant resté seul responsable de la partie chirurgicale, dont la dernière édition avait été revue et augmentée par Lenoir. Qu'il me suffise de rappeler que M. Roche a été l'un des plus fervents élèves de Broussais et qu'il a été l'un des propagateurs les plus ardents de sa doctrine. Tous ses premiers écrits témoignent d'un prosélytisme sincère, convaincu et même un peu intolérant. Avec Jourdan, Bégin, Boisseau et quelques autres, M. Roche formait le bataillon sacré voué corps et âme à la défense de la doctrine physiologique. Époque très-agitée, où la polémique jouait un grand rôle, et dont les journaux de l'époque nous ont conservé les actes mémorables.

Plus tard, et sans que M. Roche, je le crois du moins, ait renié ses premières convictions, il a apporté plus de tempérament dans ses opinions médicales et, sur quelques points impor-

ne serait pas étonné de voir s'accompagner aussi de gerçure, de celle qui s'observe dans la fissure à l'anus, M. Tillaux a eu l'idée d'appliquer au col de la vessie la méthode qui nous réussit si bien dans le cas de fissure anale, je veux parler de la *dilatation forcée*. Un instrument spécial a été imaginé par lui à cet effet. Hâtons-nous d'ajouter que la question n'est encore qu'à l'étude, car cette idée ingénieuse n'a reçu de la part même de celui qui l'a émise que deux applications. Dans l'un des exemples, il s'agissait d'un confrère où le succès a été complet; dans l'autre cas, une femme, que nous avons vue à Lariboisière, avait bénéficié d'une amélioration sensible, mais ne pouvait être considérée comme guérie. Ce n'est, bien entendu, que lorsque l'on a épuisé tous les autres modes de traitement (cathétérisme, instillations de collyre, cautérisation, glace, frictions belladonées, suppositoires, etc.) que M. Tillaux conseillerait d'avoir recours à la *dilatation forcée du col vésical* que l'on peut porter jusqu'à 1 centim. 1/2 à 2 centim. Ce chirurgien va même plus loin, en disant que si cette dilatation répétée un certain nombre de fois ne réussissait pas à vaincre la contracture rebelle, il n'hésiterait pas à employer comme dernière ressource l'incision interne, et à porter sur le col vésical une lame d'uréthrotome.

Sans prévoir l'avenir, nous croyons que c'est là une conception heureuse qui peut parfaitement un jour s'ériger en méthode, mais dont nous devons attendre les essais pour émettre sur sa valeur un jugement définitif.

Dr GILLETTE.

PATHOLOGIE

NOTES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES ARTHRITES DU LARYNX.

Lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 14 novembre 1873,

Par M. LIBERMANN.

Messieurs,

Je vous demande la permission d'ajouter quelques mots à l'observation que j'ai eu l'honneur de vous lire à la dernière séance. Je vous ai dit que je n'avais rencontré dans aucun recueil scientifique d'observation d'arthrite du larynx, car je ne pouvais citer à ce propos celle de Chomel, qui est très-incomplète, et qui se rapporte évidemment, malgré l'opinion de Requin, à un rhumatisme musculaire, pro-

---

tants, comme la phthisie et le choléra, il a complétement abandonné la doctrine du maître. Son article *Phthisie*, dans le dictionnaire en 15 volumes, est un petit chef-d'œuvre d'exposition, et les douze lettres sur le choléra publiées dans l'UNION MÉDICALE sont assurément une des plus intéressantes productions que le fléau asiatique ait fait naître.

M. Roche est l'un de nos meilleurs écrivains. Tout ce qu'il a écrit honore notre littérature médicale et méritera de vivre par le style. Il a été un polémiste très-vif, quoique toujours de bon goût et distingué.

Médecin militaire entré dans la pratique civile, M. Roche, quoique n'appartenant ni à la Faculté ni aux hôpitaux, s'était acquis une position de clientèle très-honorable, très-fidèle, très-dévouée. Malgré ses 83 ans et la perte de la vue, de nombreuses familles, dont il a été l'ami autant que le médecin, ne veulent entreprendre médicalement rien de grave sans recourir aux lumières de M. Roche. C'est que notre vénéré confrère est encore un remarquable exemple et une vivante preuve de l'insénescence de l'esprit. Il attend avec impatience que l'habile aiguille de M. Cusco le débarrasse de ses cristallins opaques pour mettre la dernière main à des écrits destinés aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE.

Une seule fois peut-être dans sa vie — et cela dans sa carrière académique — M. Roche s'est montré juge un peu prévenu et prophète mal inspiré, c'est le jour où il fit son rapport malencontreux contre l'hydrothérapie, qu'il condamna comme pratique irrationnelle et dangereuse, et dont il annonça la fin prochaine. Je crois que, à cette époque déjà très-éloignée, je plaidai en faveur de M. Roche les circonstances atténuantes. En moins de cinquante ans, la brumeuse Allemagne avait jeté dans la science médicale les insignes folies du mesmérisme, de la crânioscopie et de l'homœopathie. L'hydrothérapie, née sous la même latitude, devait inspirer quelque méfiance aux esprits corrects, droits et sincères comme M. Roche. *Inde* le

bablement des tyro-aryténoïdiens, affection très-connue maintenant, et qui est fort bien décrite dans tous les ouvrages de laryngoscopie.

J'ai, pour ma part, l'occasion d'en observer chaque hiver un assez grand nombre chez des soldats retenus, par des nuits froides et pluvieuses, plusieurs heures de suite, dans des guérites ouvertes à tous les vents.

En poursuivant mes recherches sur l'arthrite proprement dite, je suis enfin tombé sur une observation très-intéressante de rhumatisme des articulations crico-aryténoïdiennes, recueillie par un de mes collègues les plus distingués de l'armée, le docteur Desbrousses, dans le service de mon maître le professeur Schutzemberger, et consignée dans sa thèse inaugurale soutenue à la Faculté de Strasbourg en 1861 (1).

Cette observation a une valeur d'autant plus grande, qu'elle a été suivie d'autopsie, et qu'on a pu vérifier sur le cadavre le diagnostic porté pendant la vie.

Je la résumerai en quelques lignes pour ne pas fatiguer votre attention, en renvoyant à la thèse de M. Debrousses ceux d'entre vous qui seraient curieux d'en connaître tous les détails.

Joséphine Roth entre à l'hôpital de Strasbourg le 5 janvier 1860 à la clinique de M. Schutzemberger, pour un rhumatisme articulaire généralisé.

A son entrée, on constate, avec une fièvre intense et le gonflement de presque toutes les grandes articulations, une aphonie accompagnée de douleur laryngienne, que M. Schutzemberger rapporte immédiatement, avec son tact de clinicien consommé, à un rhumatisme articulaire du larynx.

Après des phases diverses qu'on suivra avec intérêt dans l'observation originale, l'aphonie diminua, ainsi que les douleurs laryngiennes; mais la malade mourut néanmoins le 25 janvier, des suites d'une péricardite compliquée d'œdème du poumon.

A l'autopsie, dont nous reproduisons textuellement les détails qui concernent le « larynx (2), « on trouva des deux côtés les cartilages aryténoïdes mis à nu, sans « qu'il y ait nécrose; dans l'articulation crico-aryténoïdienne gauche, un liquide « séreux, rougeâtre, qui prouve l'existence d'une arthrite laryngienne rhuma- « tismale. »

(1) *Considérations sur quelques points de rhumatisme articulaire aigu*, par E. Emery Desbrousses. Strasbourg, 1861.

(2) *Loc. cit.*, page 31.

---

rapport fameux qui lui a été fort reproché, et dont la responsabilité doit retomber aussi sur l'Académie, qui en adopta les conclusions.

Le caractère élevé, les rapports aimables et bienveillants, l'honorabilité et la dignité de sa vie ont mérité à M. Roche l'estime et la sympathie de tous. Sa verte et saine vieillesse inspire le respect. C'est bien là le *vir probus medendi peritus*, ainsi que l'avait écrit Mélier sur le portrait de son plus intime ami. Il m'échappe de vous dire : C'est bien là l'homme de l'ancienne roche!

Le nom suivant, dans cette section, est celui de M. J. Guérin.

Pour copie conforme :

(*A suivre.*) Dr SIMPLICE.

Éphémérides Médicales. — 27 DÉCEMBRE 1754.

Charles Collé dîne chez Helvétius, l'auteur du livre de l'*Esprit*. On avait la bonne fortune d'avoir pour convive Fontenelle, lequel devait entrer, au 14 février suivant, dans sa centième année. « Il a toute sa tête, écrit Collé, mais il n'entend ni ne voit guères, et parle difficilement; il mange plus que moi. » Quelques mois après (février 1755), Fontenelle assistait à un bal chez le même Helvétius. « Ce bal fut ouvert par M. de Fontenelle avec Mlle Helvétius cadette, qui n'a qu'un an et demi. Fontenelle fit encore la révérence, embrassa la petite fille, fit une deuxième révérence avec elle et l'embrassa encore. Voilà de la besogne pour un galant de quatre-vingt-dix-neuf ans accomplis. » — Fontenelle mourut le 9 janvier 1757, âgé de 99 ans, 10 mois et 25 jours, étant né le 14 février 1657. — A. Ch.

Après cette description succincte, mais suffisamment démonstrative, l'auteur ajoute « qu'il est probable que si cette malade était morte huit ou dix jours plus tôt, on aurait trouvé des lésions beaucoup plus intéressantes dans le larynx, car les douleurs laryngiennes ayant presque complétement disparu, ainsi que l'aphonie, dans les derniers temps de la maladie, il s'était vraisemblablement fait là un retour vers l'état normal, comme pour les autres articulations, qui, à l'autopsie, furent trouvées saines, malgré les lésions dont elles avaient été le siége pendant la vie. » L'existence de l'arthrite rhumatismale est mise hors de doute par cette autopsie, et nous croyons qu'on l'eût observée plus fréquemment, si les recherches des cliniciens avaient été appelées sur ce point.

Requin le reconnaissait déjà en 1836, quand, à propos de l'observation de Chomel, il rapporte que ce maître regrettait de n'avoir pas assez fait attention aux cas d'aphonie qui surviennent pendant le cours du rhumatisme. Si nous consultions nos souvenirs, il est probable que chacun de nous se rappellerait quelques cas analogues; pour mon compte, je suis sûr d'en avoir vu deux ou trois devant lesquels j'ai passé sans y prêter l'attention qu'ils méritaient.

Comme signes de l'arthrite laryngienne, Desbrousses a noté l'aphonie et une douleur vive siégeant au niveau du cartilage thyroïde; il a négligé d'indiquer si cette douleur augmentait par la pression du cartilage, ce qui se produisait d'une façon bien manifeste chez mon malade.

J'attache une certaine importance à cette exacerbation de la douleur par la pression, qui peut fournir un signe au diagnostic différentiel entre le rhumatisme articulaire et le rhumatisme musculaire du larynx, dans lequel la douleur est pen considérable et n'est jamais augmentée par la pression des parois laryngiennes.

Dans son observation, Desbrousses parle aussi d'une gêne considérable de la respiration, avec accès fréquents de suffocation; mais, comme la malade était atteinte en même temps de péricardite et d'œdème du poumon, la dyspnée ne peut être portée qu'en partie à l'actif de l'arthrite laryngienne. Cependant on comprend que le gonflement des deux articulations crico-aryténoïdiennes ait notablement rétréci la glotte, et, par suite, gêné les mouvements respiratoires. La dyspnée peut donc être une conséquence de l'arthrite du larynx et doit être classée, avec l'aphonie et la douleur, parmi les signes des inflammations articulaires de cet organe.

Je n'ai pas signalé la dyspnée dans mon observation; elle n'existait pas chez mon malade, qui n'était atteint, on se le rappelle, que d'une mono-arthrite, et la théorie indique que l'oppression doit être surtout fréquente dans les poly-arthrites.

Comme il n'a pas été fait d'examen laryngoscopique de la fille Roth, on ne peut dire s'il existait chez elle, au niveau des articulations malades, le renflement globuleux, et la fluctuation obscure, mais cependant manifeste, que j'ai observée dans le cas que j'ai signalé.

Quelque incomplets que soient encore les signes de l'arthrite laryngée, basés uniquement sur les deux observations que je viens de communiquer à la Société, j'espère qu'elles engageront les cliniciens à recourir à l'examen laryngoscopique quand ils observeront de l'aphonie dans le courant d'un rhumatisme articulaire ou d'une blennorrhagie.

Cet examen sera utile non-seulement pour établir l'histoire d'une affection peu connue, mais surtout encore pour procurer aux malades un soulagement très-réel; car je suis persuadé que les applications topiques portées directement sur les articulations prises de rhumatisme sont le plus sûr et le plus rapide moyen de soulager la douleur atroce éprouvée dans ces cas. Chez Joséphine Roth, cette douleur persista malgré les applications répétées de sangsues et de vésicatoires sur le larynx; tandis que les badigeonnages directs de teinture d'opium et d'iode que, grâce au laryngoscope, je pus faire quotidiennement sur l'articulation crico-aryténoïdienne de mon malade, le soulagèrent immédiatement, et supprimèrent au bout de quelques jours la douleur dont il se plaignait si vivement à son entrée à l'hôpital.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA RÉGÉNÉRATION DES ORGANES ET DES TISSUS, par J.-N. DEMARQUAY, chirurgien de la Maison municipale de santé, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, etc. Un volume in-4° de VIII-328 pages, avec 4 planches contenant 16 figures lithographiées et chromolithographiées. Paris, 1874. Chez J.-B. Baillière et fils.

Faisons d'abord nos sincères compliments à l'auteur de ce beau livre d'avoir su trouver le temps de le préparer et de l'écrire, au milieu des mille et une occupations que lui créent ses devoirs de chirurgien d'hôpital et de praticien très-répandu. Il faut, pour un pareil tour de force, une merveilleuse élasticité de corps et d'esprit et une grande puissance de travail.

Ainsi que M. Demarquay nous l'apprend dans une courte *Préface*, il n'avait, au début de ses recherches, qu'une pensée : c'était d'étudier avec soin la *régénération des tendons*. Mais bientôt, entraîné sans doute par l'intérêt du sujet et par l'ardeur du travail, il a étendu le cercle de ses expériences. Il a voulu étudier successivement la *régénération des organes, des tissus, des os, des nerfs, des muscles*, etc. Il a fait une série d'expériences sur les animaux, particulièrement sur les animaux inférieurs, si favorables, comme on sait, à l'étude des phénomènes de régénération; il a multiplié ses lectures et accumulé beaucoup de matériaux, qu'il a ensuite coordonnés pour en former un ensemble d'études et de recherches qu'il offre aujourd'hui au public. Cette œuvre n'existait pas; à M. Demarquay revient l'honneur d'en avoir conçu l'idée et de l'avoir mise à exécution. Son livre est donc à la fois une œuvre originale, puisqu'il contient les résultats des recherches et des expériences de l'auteur, et un résumé des travaux publiés jusqu'à ce jour sur cette importante question, résumé qui devra servir de point de départ pour des recherches ultérieures.

La régénération des tissus et des organes, tour à tour niée et affirmée par les différentes écoles médicales, aujourd'hui démontrée à la fois par l'observation clinique, l'expérimentation physiologique et l'examen microscopique, repose sur la doctrine du *renouvellement de la matière*. « L'organisme une fois développé, dit M. Cl. Bernard, constitue une machine vivante qui, en même temps qu'elle se détruit et s'use sans cesse par l'exercice de ses fonctions, se répare et se maintient, au moyen des phénomènes de nutrition, pendant un temps variable, mais dans des limites que la nature lui a tracées d'avance. *La nutrition n'est que la génération continuée.* » M. Demarquay, se prévalant de cette doctrine, en conclut que la nutrition étant la *création continuée* de la matière organique, au moyen des procédés histogéniques propres à l'être vivant, il n'est plus permis, sous peine d'erreur grossière, de nier la génération nouvelle d'éléments anatomiques. Mais cette démonstration *à priori*, pour ainsi dire, ne vaut pas la preuve directe que donnent l'observation et l'expérimentation. C'est à fournir les éléments de cette preuve que M. Demarquay consacre la presque totalité de son livre.

Il examine d'abord la régénération chez les animaux à organisation inférieure : polypes, vers, insectes, mollusques, crustacés; il fait ressortir de cet examen les deux lois suivantes, signalées déjà par les premiers observateurs : 1° la régénération est d'autant plus grande que l'animal occupe un rang plus élevé dans l'échelle zoologique; 2° qu'il est plus jeune.

Dans cette étude, comme dans celle de la régénération chez les reptiles, l'auteur ne pouvait manquer de mettre à contribution les travaux célèbres des naturalistes qui ont attaché leur nom à l'histoire de la régénération : Tremblay, de Réaumur, Spallanzani, etc., etc., qui ont trouvé de nos jours en France, dans MM. Philippeaux, Vulpian et plusieurs autres, de dignes continuateurs.

Ayant établi, d'après les documents les plus authentiques empruntés aux auteurs de tous les pays et de tous les temps, la réalité de la régénération chez les animaux des espèces que nous venons d'indiquer, M. Demarquay passe ensuite en revue les faits de *régénération de certaines parties chez les animaux à organisation supérieure* : des *bois* (os) chez le cerf, des *plumes* chez les oiseaux, des *dents*, des *ongles*, des *poils* et des *cheveux* chez divers mammifères et chez l'homme; il admet, s'appuyant sur des observations faites par des auteurs recommandables, la régénération de *certains conduits des glandes* qui avaient été sectionnés, des *villosités intestinales*, des *lymphatiques*, des *vaisseaux sanguins*, de l'*œil* ou du moins de ses principaux éléments : *cornée, iris, cristallin;* enfin, M. Demarquay ne repousse pas d'une manière absolue, bien qu'il fasse des réserves à cet égard, les faits de régénération d'organes tels que la *rate* et les *reins*, annoncés par M. Philippeaux.

Nous arrivons à la partie du livre de M. Demarquay la plus importante et la plus féconde en résultats pratiques, c'est-à-dire à la *régénération des tissus* chez l'homme et les animaux supérieurs. Il étudie d'abord la régénération de l'*épithélium*, dont il admet la réalité, bien que les histologistes n'aient pas pu encore se mettre d'accord sur le mode de cette régénération. Un chirurgien tel que M. Demarquay ne pouvait toucher à ce sujet sans donner son opinion

sur la greffe épidermique dans ses rapports avec la régénération de l'épiderme et de l'épithélium. Après avoir soumis à une discussion approfondie les travaux des divers auteurs qui se sont occupés, dans ces derniers temps, de cette question, entre autres de M. Reverdin, M. Demarquay conclut qu'un des grands avantages de la greffe épidermique est d'éviter la cicatrice et de favoriser la régénération de l'épiderme ou de l'épithélium.

Notre auteur admet également la *régénération des cartilages*. Dans cette régénération, le périchondre jouerait le principal rôle, de même que le périoste dans la régénération osseuse ; d'où la possibilité, dans certains cas, de faire des résections sous-périchondriques à l'imitation des résections sous-périostées.

Dans un important et très-intéressant article sur la *Régénération dans les plaies*, M. Demarquay s'élève contre l'opinion générale des chirurgiens, qui confondent la régénération normale et la cicatrisation. Pour lui, ce sont deux choses essentiellement différentes. Le tissu dit *inodulaire* n'est pas un tissu spécial, il dérive d'un tissu de régénération interrompue. M. Demarquay rappelle cette loi : *que tout produit morbide dérive le plus souvent d'un produit physiologique*; ce qui constitue un tissu morbide, ce qui constitue une maladie, c'est une *exagération* ou une *diminution* dans l'accomplissement des fonctions physiologiques. Il en est ainsi dans le travail de réparation des plaies. Parmi les causes multiples qui entravent le travail de régénération normale qui constitue essentiellement une réparation appelée improprement cicatrisation, il faut citer surtout l'inflammation, cause d'accidents très-variés. C'est une *exagération* du travail de régénération physiologique, dont la cicatrisation est la conséquence. La régénération qui devrait se produire est rare; la cicatrisation est le mode le plus habituel de réparation des plaies, parce que l'activité formatrice dépasse ses limites et arrive à la suppuration sous l'influence de deux ordres principaux de causes, les unes extérieures, telles que l'action de l'air, les autres intérieures. Nous voilà revenus, après un long détour, aux doctrines de l'école physiologique.

Le chapitre sur la *régénération musculaire* peut se résumer dans les lignes suivantes : — « Les muscles se régénèrent-ils? A cette question, la plupart des auteurs répondent négativement. C'est qu'en effet le plus souvent, au lieu d'une régénération, nous n'observons qu'une cicatrice. Cette cicatrice est constituée par du tissu conjonctif; le tissu conjonctif persiste. Une désagrégation se fait dans le bout libre des fibres musculaires primitives; les noyaux du myolemme *augmentent cependant;* mais il y a, pour ainsi dire, *avortement*, et, au lieu de nouvelles masses musculaires, on a une terminaison arrondie des fibres musculaires, d'autres fois un renflement. »

Le chapitre sur la *régénération des nerfs* est un résumé des plus complets de l'état actuel de cette question importante. La régénération des nerfs a été tour à tour affirmée et niée par divers auteurs; mais, grâce aux progrès de l'histologie, qui a permis d'assister jour par jour au travail de régénération des tubes nerveux, celle-ci ne peut plus désormais être contestée. S'il reste encore quelques obscurités relativement à l'interprétation des phénomènes, du moins leur existence a-t-elle été mise hors de doute par les travaux de MM. Vulpian et Philippeaux, Waller, Schiff, Ranvier, etc., dont l'analyse, parfaitement faite par M. Demarquay, se recommande à l'attention du lecteur. M. Demarquay n'admet pas la réunion, par première intention, d'un nerf sectionné, ni qu'un nerf suturé, après section, puisse reprendre immédiatement ses fonctions. Les phénomènes de régénération demeurent un certain temps sans se manifester, et ce n'est qu'après que les communications se sont définitivement établies entre le bout périphérique et le bout central que de nouveaux éléments nerveux apparaissent. La régénération existe également pour les trois espèces de nerfs céphalo-rachidiens : moteurs, sensitifs et mixtes; elle a été démontrée aussi pour les nerfs du grand sympathique.

Quant à la régénération des centres nerveux, moelle épinière et cerveau, l'auteur pense qu'il faut attendre que de nouvelles recherches nous aient éclairés sur ce sujet difficile.

La question de la *régénération des os et des articulations* est celle qui a été le plus souvent agitée dans ces derniers temps. Les vives polémiques qu'elle a suscitées ont retenti au sein des Sociétés savantes, ainsi que dans les recueils périodiques; elles sont présentes encore à tous les esprits. Le chapitre que M. Demarquay y consacre en donne le résumé complet et impartial. A Flourens revient surtout le grand mérite d'avoir démontré, par l'expérimentation physiologique, le rôle prédominant du périoste dans la régénération osseuse ; à M. Ollier (de Lyon) l'honneur d'avoir fait de cette notion les belles applications de chirurgie opératoire que tout le monde connaît. « Les conséquences pratiques, dit M. Demarquay, qui découlent immédiatement des résultats scientifiques bien établis par l'expérimentation physiologique, nous sont aujourd'hui d'un immense secours, et, dans les résections que nous pratiquons tous les jours, nous savons les parties qui doivent concourir à la régénération et à la cicatrisation osseuse; nous savons, résultat immense, que nous devons conserver le périoste, qui servira

de support aux vaisseaux destinés à alimenter la couche ostéoïde, partie essentielle pour la régénération osseuse. »

Quant à la *régénération des articulations*, M. Demarquay, contrairement à l'opinion de M. Ollier, pense qu'elle n'existe pas. Il pourra bien, dit-il, y avoir une sorte d'ébauche, jamais une véritable articulation. Dans un certain nombre de cas, on pourra dire qu'il y a rétablissement de la fonction, mais non pas qu'il y a régénération.

Jusqu'ici, M. Demarquay s'est borné à résumer les travaux de ses devanciers et à exposer l'état actuel de la science sur les régénérations des organes et des tissus; la fin de son livre, celle qui a trait à la *régénération des tendons*, constitue la partie vraiment originale de son grand et beau travail. L'auteur s'est livré sur ce point à de nombreuses expériences sur les animaux; il en a comparé les résultats à ceux de l'observation clinique; il a appelé à son aide le microscope, et, grâce à cette triple source de lumières, il est arrivé à formuler une théorie qui lui a paru plus nette, plus vraie et plus en harmonie avec les idées histologiques modernes que toutes celles qui ont été émises jusqu'à ce jour.

Après avoir exposé les théories de Stromeyer, de Sédillot, celles de la réparation des tendons au moyen du *sang extravasé*, de l'*épaississement de la gaîne*, *de la lymphe plastique*, M. Demarquay examine les deux théories qui, à l'heure présente, se disputent les suffrages des chirurgiens, celle de la régénération des tendons par des *blastèmes*, et celle de la régénération par la *prolifération* des éléments de la gaîne tendineuse.

A la suite d'une discussion approfondie, l'auteur se prononce pour la théorie de la prolifération, à laquelle il a été conduit par l'étude histologique des sections tendineuses pratiquées tant chez l'homme que chez les animaux. M. Demarquay rapproche la régénération tendineuse de la régénération osseuse. Il étudie ensuite la *suture des tendons* sectionnés et, parallèlement, la *suture des nerfs*, comme applications importantes des données de l'expérimentation physiologique à la chirurgie opératoire.

L'ouvrage se termine par une étude très-intéressante *des principales conditions qui favorisent ou empêchent les régénérations* : 1° influence des conditions du sujet; nutrition, état pathologique, âge, sexe, type, race, espèce; influence de la circulation du sang, du système nerveux; 2° influence des milieux ambiants; influence générale et locale de la lumière, de la température, de l'air; influence de l'irritation et de l'inflammation.

Le but et l'esprit de l'ouvrage que nous analysons sont clairement indiqués dans le passage suivant : « Dans l'étude que nous venons de faire, dit l'auteur, nous venons de voir que nos tissus se régénéraient plus ou moins facilement; certains tissus présentent, par exemple, une facilité très-grande pour la régénération. Parmi tous les tissus qui nous ont offert des exemples indiscutables de régénération, nous pourrons citer les os, les nerfs, l'épithélium, les cartilages, etc. Le tissu musculaire est encore le tissu dont la régénération est le plus contestée. Nos recherches nous semblent démontrer clairement la régénération du tendon. Ainsi, à mesure que nos moyens d'investigation nous permettront d'examiner plus attentivement l'évolution de nos tissus, nous verrons que la régénération est une propriété générale de la matière vivante; et le temps n'est peut-être pas très-éloigné où nous pourrons dire que : *tous nos tissus se régénèrent.* »

Nous ne saurions trop vivement recommander la lecture du livre de M. Demarquay. Une exposition et une discussion claires des faits et des doctrines, un souci constant des appréciations pratiques qui en découlent, en font une œuvre remarquable où l'histologiste, le physiologiste et le chirurgien trouveront également intérêt et profit.

Quatre belles planches, contenant 16 figures lithographiées et chromolithographiées, aident à l'intelligence du chapitre relatif à la régénération des tendons.

Un tel ouvrage suffirait à l'illustration de son auteur; il n'est qu'un des fleurons de la couronne scientifique de M. Demarquay.

Dr A. TARTIVEL.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 décembre 1873. — Présidence de M. DE QUATREFAGES.

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants : l'un étranger, l'autre national, pour la section de physique.

« Il y a, dit M. le Président, 51 membres inscrits; la majorité est donc de 26. » Nous en demandons pardon à M. le Président, mais le nombre des inscriptions ne détermine pas la majorité. C'est le nombre des votes exprimés.

Sur 48 votants, M. Amgstroem réunit 45 suffrages, M. Stockes 2 et M. Tyndall 1. En conséquence, M. Amgstroem est élu correspondant. Il l'eût été avec 25 voix seulement.

Pour la seconde opération de scrutin, M. le Président annonce que le nombre des membres inscrits étant le même que tout à l'heure, la majorité est également de 26. Elle n'a jamais été de 26. Mais M. le Président est tellement agacé de ne pouvoir faire cesser les conversations particulières, et de ne pas imposer ce silence absolu qui paraît être son rêve, qu'il ne fait plus attention à ce qu'il dit. Il agite incessamment la sonnette, signe de son autorité et signal d'une objurgation prochaine, et il fait, à lui tout seul, vingt fois plus de tapage que tous les causeurs réunis, lesquels, d'ailleurs, ne s'en émeuvent pas autrement. M. de Quatrefages est vraiment malheureux. Penser que, de même que l'immobilité est le plus beau mouvement du soldat sous les armes, rien n'est éloquent comme le silence de l'académicien en séance, et ne pas obtenir le moindre temps d'arrêt dans le murmure d'une assemblée qui cause de ses affaires particulières, c'est dur. Heureusement que ce supplice va finir. Encore une séance, et le Président retournera à son ancienne place, où il pourra se faire à son tour, et comme par le passé, rappeler au mutisme par son successeur. Il est donc trop tard pour lui donner respectueusement des conseils. Mais s'il nous était permis d'espérer que nos réflexions pussent épargner quelques ennuis aux présidents futurs, et délivrer les académiciens et le public du bruit inutile autant que terrible de la cloche du bureau, nous lui dirions : Si, malgré tant d'efforts, tant de persistance, tant d'âpreté et tant de sonneries furieuses vous n'avez jamais réussi à obtenir le silence de l'Académie, c'est que jamais on n'obtient d'une assemblée, quelle qu'elle soit, le silence pour lui-même. Il ne faut donc le réclamer qu'à propos, et l'on doit dire qu'il n'est presque jamais nécessaire de le réclamer, car, lorsqu'il est vraiment utile, il s'établit de lui-même. Mais se fâcher contre les membres de l'illustre Compagnie, mais malmener assez durement « les personnes étrangères à l'Académie » parce que les uns et les autres se permettent de ne pas garder un silence religieux pendant que le Président compte les bulletins déposés dans l'urne, ou lorsque, pendant une heure, M. le Secrétaire perpétuel dépouille la correspondance à voix si basse qu'on ne l'entendrait mie dans un confessionnal, c'est peine et sonnette perdues ; à quoi cela servirait-il de se taire? — Cela serait plus digne, dira l'un. — On dormirait davantage, répondra l'autre.

Revenons à la seconde élection. Sur 45 votants, M. Billiet a obtenu l'unanimité, moins un bulletin blanc.

M. Berthelot donne lecture d'un mémoire sur les divers oxydes de l'azote.

M. le général Morin se fâche presque parce qu'on renvoie à son examen un travail dans lequel il est question de la quadrature du cercle. — Mais, dit M. Chasles, il ne s'agit que d'une approximation. — C'est égal, dit M. le général Morin, les règlements de l'Académie s'opposent à ce qu'on prenne en considération des questions pareilles. Pourquoi voulez-vous qu'on me nomme commissaire à ce propos? — Je ne veux rien autre chose, répond M. Chasles, que de faire remarquer qu'il n'est question que d'un essai d'approximation. — M. Bouillaud se lève et dit qu'il est du même avis que le général Morin. On ne peut pas admettre la quadrature du cercle!

M. Jamin appelle l'attention de ses collègues sur un phénomène assez curieux. Si l'on chauffe à 200° un barreau aimanté, il perd une partie de l'aimantation ; à 300°, il en perd davantage ; chauffé au bleu, il perd tout. Si, au contraire, on magnétise un barreau alors qu'il est chauffé à la température bleue, le magnétisme se perd rapidement et progressivement, au fur et à mesure qu'on laisse refroidir le barreau. Le magnétisme décroît comme la température.

A cette occasion, M. Faye rappelle qu'il a fait, il y a plusieurs années, une expérience de laquelle il semble résulter que la faculté de conserver l'aimantation est liée à la force coercitive des différents états des métaux. La couche la plus mince de fer appliquée sur du cuivre, au moyen de la galvanoplastie, jouit d'une force coercitive énorme. Lorsque ce fer est aimanté, on peut chauffer jusqu'au degré de fusion du cuivre sans faire perdre au fer l'aimantation acquise. — C'est une expérience à refaire, répond M. Jamin, et je la referai.

M. Tarry trouve que la girouette a trois défauts essentiels : 1° elle indique une direction lorsqu'il n'y a pas de vent ; 2° elle ne donne aucun moyen d'en apprécier la force ou la vitesse ; 3° elle ne fait connaître que la *composante horizontale* et non la direction réelle du vent.

Il propose de substituer à la girouette une banderole légère et résistante, suspendue en forme de bannière à un anneau mobile, passé dans une tige verticale.

Un tel indicateur jugerait bien vite la question pendante entre M. Faye et la plupart des météorologistes, de savoir si le mouvement des trombes est descendant, comme le veut le premier, ou ascendant, ainsi que le soutiennent les derniers. — M. L.

FORMULAIRE

Potion antiscorbutique.

Vin rouge	125 grammes.
Teinture de cannelle	5 —
Alcoolat de cochléaria	8 —
Sirop de quinquina au vin	30 —

F. s. a. une potion tonique, qu'on administrera par cuillerées d'heure en heure, aux sujets affaiblis par le scorbut. Alimentation réparatrice. Frictions sèches sur la peau. — N. G.

COURRIER

Prix de l'internat. — 1re division : Médaille d'or : M. Rendu, interne à l'hôpital Saint-Louis; accessit (médaille d'argent) : M. Renaud, à la Charité; mentions honorables : 1° M. Campenon, à l'hôpital Necker; 2° M. Coyne, à l'hospice des Enfants-Assistés.

2e division : Médaille d'argent : M. Reclus, à l'hôpital des Cliniques; accessit : M. Hanot, à l'hôpital Cochin; mentions honorables : 1° M. Raymond, à la Pitié; 2° Faure, à l'hôpital Necker.

Prix de l'externat. — 1er prix : M. Tuffer, externe à l'hôpital Necker. — Accessit : M. Taprel, externe aux Incurables. — Mentions honorables : 1re, M. Bonveret, à la Pitié; 2me, M. Schwartz, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Bienfaiteurs de l'Association générale. — Dons et legs recueillis par la Caisse des pensions viagères dans le dernier trimestre de 1873 :

Don d'un anonyme, par M. le docteur Boutin	30 fr.
Don de M. le docteur Nivet, de Clermont-Ferrand	100
Don de M. Georges Marjolin	20
Legs de M. le docteur Arnal	17,840
Legs de Mme veuve Arnal	12,000
Don de la Société de la Marne (département)	99
— de Wassy (Haute-Marne)	500
— de Saône-et-Loire	500
— de Vouziers (Ardennes)	200
— de la Haute-Garonne (département)	1,000
— de Meaux (Seine-et-Marne)	22
— du Puy-de-Dôme	100
— de la Savoie	500
— des Deux-Sèvres	500
— de l'Yonne	500
— de la Société centrale	500
Total	34,411 fr.

— La *Société de tempérance*, Association française contre l'abus des boissons alcooliques, réunie en Assemblée générale, le 7 décembre 1873, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1874 :

Président : M. Hippolyte Passy; — vice-présidents : MM. Bouillaud, Dumas, Laboulaye et Renouard; — secrétaire général : docteur L. Lunier; — secrétaires généraux adjoints : MM. Edmond Bertrand et docteur Decaisne; — secrétaires des séances : docteurs Magnan et Vidal; — bibliothécaire-archiviste : docteur A. Motet; — Trésorier : M. Gustave Maugin.

Nous croyons devoir rappeler que pour les prix de 1,500 et 500 francs à décerner en 1874, les mémoires doivent être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier 1874.

— Nous avons eu plusieurs fois occasion de signaler la culture des arbres qui produisent le quinquina (chinchonées de différentes sortes), entreprise à Java depuis un certain nombre d'années et poursuivie avec beaucoup de succès. L'*Athenæum* dit que l'écorce tirée des plantations du pays contient une haute dose d'excellent alcaloïde, et que Java promet d'être, par conséquent, une source importante de production de ce fébrifuge si utile, mais qui tend à devenir rare dans les forêts de l'Amérique.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Examen de fin d'année

En terminant la vingt-septième année de son existence, l'UNION MÉDICALE se demande, — et c'est bien naturel, — si elle est restée fidèle à son beau titre; si toujours et avec la même ardeur, elle a défendu les intérêts scientifiques et pratiques, moraux et professionnels du Corps médical. Se souvenir, c'est revivre, et il ne serait pas pour nous sans charme de remonter presque ce tiers de siècle, pendant lequel nous sommes restés en communication avec nos confrères. D'autant plus que la plume qui écrit ces lignes est la même qui a présenté le programme et qui a écrit l'*Introduction* de l'UNION MÉDICALE. Une direction d'une durée de vingt-sept ans n'est pas chose si commune qu'il ne soit pas permis de la faire remarquer.

Mais il n'est ni dans nos intentions ni dans nos désirs de nous livrer à cette longue revue rétrospective. Notre seul but est de rappeler dans ces quelques lignes les idées et les principes qui présidèrent à la fondation de l'UNION MÉDICALE, et qui n'ont cessé de la diriger dans le cours de sa publication.

La médecine, avons-nous toujours dit, est une science et un art. De là, pour tout journal périodique, la double exigence de servir les intérêts de la science et les intérêts de l'art.

Toute science suppose des lois et des principes. Ces lois et ces principes constituent la philosophie d'une science. La médecine a des lois et des principes, donc elle a une philosophie.

Cette philosophie, cette doctrine, si l'on veut un mot moins ambitieux, s'est résumée pour nous dans l'antique conception qui remonte à l'origine même de la médecine, et telle que nous l'a léguée l'œuvre hippocratique après l'avoir reçue sans doute d'une science antérieure. Cette doctrine, nous l'avons formulée sous les noms de vitalisme tolérant et progressif, et nous avons eu le bonheur de la voir acceptée, sous des dénominations diverses et avec des nuances plus ou moins accentuées, par les médecins les plus élevés dans notre hiérarchie, et qui marchent à la tête du mouvement dans l'enseignement, dans les Académies ou dans la littérature médicale.

Nous avons dû nous enquérir, — et nos lecteurs savent avec quel soin, nous dirons même avec quelle inquiétude nous l'avons fait, — si cette conception vitaliste telle que nous la concevions nous-même était hostile ou réfractaire aux progrès de la science et de l'art, et nous avons vu qu'au contraire elle était le plus puissant excitant de la curiosité scientifique, car le problème de la vie reculant sans cesse devant les plus fines et les plus délicates recherches de la science, il y avait là comme un appel incessant à de nouvelles expérimentations, et par cela même s'agrandissait sans cesse et toujours avec fruit le domaine de la connaissance.

Aussi, loin d'accepter de mauvaise grâce et d'un esprit attardé ce qu'on appelle les conquêtes de la science moderne, les applications des sciences physico-chimiques à la médecine, les expérimentations multipliées d'une physiologie annonçant la prétention de renouveler la science de l'homme malade, l'UNION MÉDICALE a largement ouvert les portes à toutes les recherches, à toutes les expérimentations, leur demandant seulement au passage leur raison d'être et à quoi elles prétendent.

A cette occasion, qu'il nous soit permis de rappeler que c'est dans l'UNION MÉDICALE qu'a été signalée pour la première fois l'infériorité des ressources et des institutions consacrées aux recherches d'anatomie pathologique, de microscopie et de chimie sur les institutions de l'Allemagne. M. le docteur Cornil, alors interne des hôpitaux et revenant de Berlin, où son maître Virchow l'avait initié à toutes les études déjà très-florissantes en Allemagne, publia alors dans ce journal un article remarquable et qui fut presque une révélation des choses qui s'accomplissaient de l'autre côté du Rhin. En signalant l'état d'infériorité dans lequel se trouvait la France à cet égard, M. Cornil faisait appel à tout ce qui avait autorité pour réclamer en France la fondation d'Instituts anatomo-pathologiques analogues à ceux de l'Allemagne. (V. UNION MÉDICALE, 1863, n° 7.)

L'UNION MÉDICALE n'a donc pu voir qu'avec plaisir que les réclamations dont elle s'était rendue l'écho à cette époque déjà éloignée, ont été écoutées et largement satisfaites. Seulement elle a craint, et souvent elle a exprimé cette crainte, que maitres et élèves n'oubliassent un peu l'art pour la science. C'est ce qui est arrivé en Allemagne, où la chimie pathologique, où l'histologie pathologique, où toutes les connaissances que le microscope peut révéler sont très-répandues dans les écoles, mais où l'enseignement clinique proprement dit et la médecine pratique sont dans un état d'infériorité reconnu même par les plus ardents imitateurs de l'Allemagne.

Nous n'avons donc aucune modification à essayer, aucune excitation à recevoir pour rester fidèle à notre respect de la tradition, à notre amour du progrès. La tradition, nous continuerons à la défendre dans ce qu'elle a de véritablement utile; le progrès, nous l'encouragerons, nous l'exciterons, nous l'accueillerons sous quelque forme qu'il se présente, même alors qu'il accuserait des prétentions excessives, que nous demanderions seulement à tempérer par le bon sens, la logique, l'histoire et la tradition.

Quant aux intérêts professionnels du Corps médical, ce sera l'honneur de ce journal, émanation et conséquence du grand Congrès médical de 1845, d'avoir concouru de tous ses efforts — pour ne parler que de cet acte — à la fondation et à la propagation de l'*Association générale des médecins de France*. Dans les conditions où elle a été créée et où elle a pu fonctionner jusqu'ici, cette institution a fait tout ce qu'elle pouvait faire au point de vue protecteur. Quand tous les médecins auront compris que c'est par le concours de tous qu'on arrive à faire quelque chose d'efficace, l'Association générale accomplira ses destinées sur ce point.

Quant au but secourable, l'Association a le plus largement possible, et en dépassant même toutes les prévisions et toutes les espérances, atteint son but confraternel et généreux. Dans sa première étape elle a accordé, et libéralement, le secours éventuel et accidentel. Dans sa deuxième étape elle va, dès l'année qui commence après-demain, pouvoir accorder le secours viager, la pension d'assistance pour le vieillard, l'enfance, l'empêché.

Quel déni de confraternité, quelle imprudence peut-être commettent ceux qui s'éloignent de cette œuvre protectrice et bienfaisante!

Que tous nos confrères s'en rapprochent donc! Nous ne pouvons leur adresser un meilleur souhait de bonne année.

Amédée LATOUR.

PHYSIOLOGIE ET TOXICOLOGIE

DE L'ACTION COMPARATIVE DE L'ATROPINE CHEZ L'HOMME ET CHEZ CERTAINS ANIMAUX;

Par le docteur A. RABUTEAU.

On sait que diverses substances éminemment toxiques pour l'homme sont peu dangereuses pour certains animaux. Ainsi, la morphine, dont les effets sont si puissants sur l'homme qui en prend pour la première fois, et surtout sur les enfants, peut être injectée chez les chiens, dans le tissu cellulaire sous-cutané, à des doses considérables. M. Cl. Bernard a pu introduire jusqu'à 2 grammes de chlorhydrate de cette base dans les veines chez un chien de 7 à 8 kilogrammes sans amener la mort. La thébaïne, qui est, au contraire, assez bien tolérée par l'homme (1), l'est difficilement par les chiens. Ces données nous expliquent pourquoi ces mêmes animaux peuvent supporter des quantités d'opium tellement fortes qu'il est difficile de les tuer par cette substance, et pourquoi, lorsqu'ils succombent, on observe chez

(1) Je rappellerai à ce sujet que j'ai pris, en une fois, 10 centigrammes de thébaïne pure dissoute dans l'eau aiguisée par l'acide chlorhydrique, sans éprouver aucun symptôme digne de fixer l'attention. (*Gazette hebdomadaire* et *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 1872.)

eux des convulsions. En effet, l'opium contient très-peu de thébaïne et beaucoup de morphine; mais la proportion de thébaïne augmentant nécessairement avec la dose d'opium introduite dans l'organisme, cet alcaloïde toxique et convulsivant pour les chiens finit par amener la mort. La morphine n'étant pas, ou n'étant que très-peu convulsivante, l'homme meurt, en général, sans éprouver de convulsions, sous l'influence de doses toxiques d'opium. Toutefois, ces symptômes s'observent assez fréquemment chez les enfants.

Mais rien n'est plus remarquable que la différence d'activité de la belladone ou de l'atropine, d'une part, chez les rongeurs, tels que le lapin, le cabiai, le rat, etc.; d'autre part, sur l'homme et sur les carnassiers, tels que le chat et le chien. Cette différence, signalée d'abord par Runge (1) et Reisinger, puis constatée avec soin par Bouchardat et Stuart Cooper (2) qui ont nourri, pendant des semaines, des lapins exclusivement avec des feuilles de belladone, a été observée également par M. Meuriot (3) qui, après avoir injecté de fortes doses d'atropine dans le tissu cellulaire sous-cutané chez divers rongeurs, a vu ces animaux en éprouver très-peu d'effets, tellement que, à la dose formidable de 50 centigrammes, les lapins n'ont eu qu'une légère augmentation du nombre des battements cardiaques, un peu de dilatation des pupilles, de l'injection des vaisseaux de l'oreille et de la diarrhée.

Ces résultats ayant été mis en doute, ou ayant été méconnus par certains auteurs (4) dans l'étude de questions médico-légales dont chacun comprend la gravité, et me trouvant de mon côté dans une alternative dont je devais sortir (5), j'ai dû étudier la question par moi-même. J'ai donc fait, dans ce but, diverses expériences que je vais rapporter, et qui, je l'espère, montreront d'une manière sûre de quel côté se trouve la vérité.

Expérience I. — J'injecte chez un lapin, sous la peau du dos et en deux points différents, 20 centigrammes de sulfate d'atropine dissous dans 2 centimètres cubes d'eau, savoir : 10 centigrammes d'un côté de la colonne vertébrale et 10 centigrammes de l'autre côté.

Au bout de cinq minutes, je constate une très-légère dilatation de la pupille, dilatation qui reste toujours faible les heures suivantes. C'est le seul phénomène que je remarque pendant quatre heures d'observation. Le lendemain l'animal se porte très-bien : la dilatation pupillaire est nulle, ou à peine appréciable comparativement à d'autres lapins non en expérience. Il a uriné et a rendu des matières fécales sèches comme d'ordinaire (6). Il mange avec un grand appétit ainsi que les jours suivants pendant lesquels sa santé demeure parfaite.

Ainsi, une dose de sulfate d'atropine vingt fois plus forte que celle qui produirait des accidents très-graves chez l'homme, et même la mort, si elle était injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, n'a rien produit, pour ainsi dire, chez un lapin, pas même la diarrhée ni l'injection des oreilles que Meuriot avait observées après en avoir injecté, il est vrai, des doses plus fortes.

On pourrait objecter que le sulfate d'atropine que j'ai injecté avait perdu de son activité. Une objection de cette nature est sérieuse, et le physiologiste doit toujours l'avoir présente à l'esprit lorsqu'il expérimente avec des sels à bases organiques. Ainsi, les solutions salines des alcaloïdes de l'opium s'altèrent peu à peu; les sels de ces alcaloïdes, conservés à l'état solide, paraissent même subir avec le temps diverses altérations. Or, le sulfate d'atropine dont je me suis servi était doué d'une grande activité, ainsi que l'a démontré l'expérience suivante :

Expérience II. — Quelques gouttes d'une solution aqueuse de ce sel à 1/125 ont été versées sur l'un de mes yeux, puis je me suis essuyé cet œil de telle sorte qu'il n'en est resté en

(1) C'est à Runge qu'on doit la découverte de l'atropine, en 1824.

(2) *Recherches optiques, physiologiques et thérapeutiques sur l'atropine.* (*Gaz. méd. de Paris*, 1848, et *Annuaire de thérapeutique*, 1849.)

(3) Thèse de Paris, 1868.

(4) Tardieu et Roussin. (*Étude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement*, Paris, 1867.)

(5) Voyez mes *Éléments de toxicologie*, Paris, 1873.

(6) On sait que l'atropine produit, en général, de la diarrhée chez l'homme,

contact avec la muqueuse oculaire certainement pas plus d'une goutte, c'est-à-dire une quantité inférieure à 4 dixièmes de milligramme de sulfate d'atropine.

Au bout de dix minutes, la pupille de cet œil a commencé à se dilater, puis la dilatation fut bientôt si considérable qu'il ne restait plus de l'iris qu'une bande large de 1 à 2 millimètres.

Le lendemain, la pupille était presque aussi dilatée que la veille; il en fut de même le troisième jour; enfin, la dilatation diminua le quatrième jour, et ne cessa qu'à la fin du cinquième jour. Je puis même dire qu'il en restait des traces le sixième jour. Pendant ce temps, l'accommodation était impossible pour cet œil avec lequel je voyais troubles tous les objets qui n'étaient pas placés à la distance de 30 à 40 centimètres. Quant à la pupille de l'autre œil, qui n'avait pas reçu de sulfate d'atropine, elle fut légèrement dilatée pendant un jour et demi environ.

Expérience III. — J'ai instillé de même, dans un œil d'un chien, cinq à six gouttes de la même solution à 1/100, de sorte que, de même que chez le lapin, la solution en excès a coulé au dehors de cet œil qui était tout à fait humide. Dix minutes après, la pupille de ce même œil était déjà extrêmement dilatée, et, quelques minutes plus tard, il ne restait plus de l'iris qu'un bord très-mince. Cinq jours plus tard l'état de la pupille était le même; le huitième jour, le diamètre de cet orifice était plus du double de celui de l'autre œil, lorsque l'animal était exposé à la lumière du jour dans l'après-midi. Le neuvième jour, il était à peu près exactement le double. Enfin, ce n'est que le deuxième jour que l'œil atropinisé revint à l'état normal. La pupille de l'autre œil fut dilatée d'une manière évidente comme chez moi, mais plus longtemps, pendant trois jours.

Les choses se sont passées tout autrement chez un lapin :

Expérience IV. — Je verse dans un œil d'un lapin cinq à six gouttes d'une solution aqueuse de sulfate d'atropine à 1/100. Une partie de la solution s'est écoulée au dehors de l'œil en humectant les paupières. La pupille de cet œil se dilate si peu qu'il faut beaucoup d'attention pour distinguer une différence dans le diamètre pupillaire des deux yeux, soit peu de temps après l'introduction du sel d'atropine, soit dans le courant de la journée. Le lendemain, la différence est nulle. Les effets du sulfate d'atropine ont donc été inappréciables, pour ainsi dire, chez cet animal. Pour mieux juger de ce résultat, qui était conforme à celui de la première expérience, j'ai eu soin d'examiner comparativement les yeux d'autres lapins qui n'avaient rien reçu, et qui étaient placés dans les mêmes conditions vis-à-vis de la lumière du jour.

L'injection du sulfate d'atropine à la dose de vingt-cinq centigrammes dans le tissu cellulaire sous-cutané n'ayant pas produit d'effet, il était présumable, pour ne pas dire certain, que l'ingestion de cette dose, et même de doses doubles et triples ne produirait rien, ou seulement des effets peu marqués.

Expérience V. — Je porte, à l'aide d'une sonde, dans l'estomac d'un lapin, 25 centigrammes de sulfate d'atropine dissous dans 15 grammes d'eau. L'animal n'éprouve rien, ni le jour de l'ingestion, ni les jours suivants. Les pupilles restent telles qu'elles étaient auparavant. Examinées avec soin, en même temps que celles d'autres lapins non en expérience et placés dans les mêmes conditions d'éclairage, elles ont le même diamètre que celles de ces derniers.

Pour introduire le sulfate d'atropine dans l'estomac des lapins, j'ai eu soin de me servir d'une sonde. Cette précaution est indispensable si l'on veut éviter que le liquide qu'on veut ingérer ne pénètre en plus ou moins grande quantité dans la trachée. Je n'insisterais pas sur cette précaution si je n'avais à rapporter plus loin une manière d'opérer qu'on ne doit pas adopter. On sait, en effet, que les lapins avalent très-maladroitement les substances qu'on introduit dans leur bouche, celle-ci restant ouverte. Cl. Bernard n'a pas dédaigné de rappeler à ce sujet un moyen vulgaire employé quelquefois pour tuer ces animaux. On leur verse de l'eau-de-vie dans la bouche plus ou moins largement ouverte; ce liquide pénètre en grande quantité dans la trachée, est absorbé avec rapidité par les poumons, et amène une mort presque instantanée.

Les cabiais sont aussi réfractaires que les lapins à l'action de l'atropine, ainsi que l'avait vu Meuriot et que le prouve l'expérience suivante :

Expérience VI. — J'injecte sous la peau du dos, en deux points différents, chez un cabiai

du poids de 540 grammes, 20 centigrammes de sulfate d'atropine dissous dans 2 grammes d'eau.

Pendant les deux ou trois premières heures qui suivent l'injection d'une quantité de poison aussi prodigieuse, le cabiai ne paraît rien éprouver ; il mange comme d'ordinaire. Toutefois, les heures suivantes, le cœur bat plus lentement et la température de l'animal est un peu abaissée. Le lendemain, il paraît un peu souffrant, ainsi que les deux jours suivants ; néanmoins, il continue de manger. Sa pupille est légèrement dilatée. Il n'a pas de diarrhée. Sa santé est parfaite au bout de quatre à cinq jours.

Ainsi, un animal de l'ordre des rongeurs, pesant seulement 540 grammes, a reçu impunément sous la peau 20 centigrammes d'une substance qui, injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané chez l'homme, seulement à la dose de un demi-centigramme, produirait des accidents déjà formidables. En admettant que le poids moyen de l'homme soit approximativement de 65 kilogrammes, le cabiai a reçu une quantité de sulfate d'atropine qui correspondrait, proportionnellement au poids de la matière vivante, à 24 grammes injectés chez l'homme.

Les données précédentes relatives à l'innocuité extraordinaire de l'atropine chez les rongeurs, tels que le lapin, le cabiai, et à l'activité bien connue de cette même substance chez d'autres mammifères, tels que les carnassiers et l'homme, présentent un intérêt pratique au point de vue médico-légal.

Lorsqu'un expert a trouvé par la méthode de Stas, ou par une autre méthode, un alcaloïde dans les viscères et les humeurs d'un sujet intoxiqué, il cherche à le caractériser chimiquement, et il recourt ensuite ou simultanément à l'expérimentation physiologique dont les résultats viennent l'éclairer dans ses recherches ou confirmer ceux auxquels il est déjà arrivé. C'est ainsi que le chimiste belge Stas, après avoir retiré, en se servant de sa méthode devenue classique, la nicotine du cadavre d'un sujet empoisonné par cette substance, l'essaya sur les animaux et observa les symptômes déjà reconnus comme propres à l'intoxication par la nicotine. L'expérimentation physiologique est d'autant plus avantageuse qu'une substance toxique possède des caractères physico-chimiques moins déterminés ou communs à ceux de beaucoup d'autres alcaloïdes. L'atropine se trouve dans ce cas. Aussi l'expert doit-il essayer sur les animaux la matière qu'il a isolée dans un cas d'empoisonnement présumé par cette substance. Mais, d'après ce que nous venons de voir, il faut faire un choix de l'animal sur lequel on veut expérimenter. Il faut rejeter le lapin.

Or, c'est ce même animal que Tardieu et Roussin conseillent de choisir dans un cas présumé d'empoisonnement par la belladone. Quant à l'essai physiologique de la matière suspecte, il peut se pratiquer, disent-ils, soit par l'injection hypodermique chez cet animal, soit par l'instillation dans l'œil d'une petite quantité de la substance suspecte dissoute dans l'eau.

A cause de l'insistance avec laquelle ces mêmes auteurs recommandent le choix du lapin, et en raison de la confusion regrettable qu'ils établissent à ce sujet entre cet animal et le chien, qui est extrêmement sensible à l'action de l'atropine, je crois devoir citer textuellement quelques passages de leurs écrits avant de les réfuter.

« Le lapin domestique se prête parfaitement à cette opération (il s'agit de l'in-
« gestion directe dans l'estomac) : on peut se le procurer aisément, et sa docilité le
« rend merveilleusement propre à ces sortes d'expériences... On administre au
« lapin la moitié de la liqueur vénéneuse, soit au moyen d'un simple entonnoir de
« verre qu'on lui introduit entre les mâchoires et dans lequel on verse le liquide,
« soit en arrosant de cette même liqueur une pâtée composée de carottes et de
« choux hachés qu'on laisse manger à l'animal. L'effet ne tarde pas à se produire,
« et, si le liquide ingéré renferme réellement de l'atropine, indépendamment des
« autres phénomènes généraux qu'il sera bon de noter, l'opérateur pourra, au bout
« de vingt à trente minutes, constater une augmentation du diamètre de la pupille
« chez le lapin. Si la proportion du principe toxique est considérable, cette dila-
« tation devient progressivement plus grande et finit par atteindre *la limite de la*

« *dilatabilité* du sphincter pupillaire. L'expert notera minutieusement toutes les « phases successives de cette dilatation et de la diminution graduelle qui la suit; « si l'animal succombe à la suite de l'intoxication, l'heure exacte de sa mort sera « soigneusement relevée. Il est inutile de faire observer quelle est, dans ces expé- « riences, l'importance de l'examen de tous les symptômes particuliers, et aussi, « dans le cas de mort de l'animal, la nécessité de pratiquer une minutieuse autopsie.

« Par la méthode sous-cutanée, ce moyen d'expérimentation présente encore « plus de sensibilité que le précédent. Pour en donner une idée, il suffira de dire « que 0 gr. 0003 d'atropine, c'est-à-dire environ un tiers de milligramme, suffit « pour dilater énergiquement la pupille *d'un lapin ou d'un petit chien*, lorsqu'on « l'applique entre les paupières.

« Pour opérer par la voie endermique, il est indifférent de se servir d'un ani- « mal ou d'un autre; *un chien ou un lapin sont fort commodes pour cet usage*. Comme « dans le cas précédent, il faut opérer entre midi et deux heures, époque de la « journée où la lumière paraît être le plus constante, et faire le choix d'une pièce « éclairée par la lumière diffuse, etc. » (Tardieu, *Étude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement*, pages 771 et suivantes.)

Cet exposé si clair et si précis ne peut être accepté d'après ce que nous savons de l'action de la belladone et de l'atropine chez les lapins. Je ne dissimulerai pas l'étonnement que j'ai ressenti chaque fois que j'ai lu ces lignes. Certes, si MM. Tardieu et Roussin citaient des expériences dans lesquelles ils auraient constaté réellement ce qu'ils avancent, surtout après avoir donné à des lapins une pâtée de carottes et de choux additionnée d'une solution contenant de l'atropine, il faudrait s'incliner, en convenant que les expérimentateurs auraient observé des faits tout à fait extraordinaires, et en reconnaissant qu'il y avait une cause d'erreur ou une inconnue à éliminer. Mais il n'en est rien, et c'est le contraire qui a lieu constamment. Des doses considérables d'atropine injectées sous la peau, chez les lapins, ne produisent qu'une très-faible dilatation de la pupille, à peine une injection légère des oreilles et une diarrhée passagère, laquelle manque souvent, même lorsque ces animaux ont reçu 50 centigrammes de sulfate d'atropine. Ces mêmes animaux ne succombent pas, d'où l'on peut conclure qu'à plus forte raison ils ne succomberaient pas, contrairement à la présomption des auteurs que je réfute, après l'ingestion, dans leur tube digestif, d'une liqueur suspecte ne contenant en général que de faibles quantités d'atropine. Toujours est-il qu'il faudrait, pour cela, une dose excessivement forte de l'alcaloïde toxique; or, dans ce cas, l'expert pourrait isoler avec la plus grande facilité le poison, le purifier, et même en faire l'analyse élémentaire.

Diagnostic difficile

DE LA PRÉSENCE DE CORPS ÉTRANGERS DANS LES ARTICULATIONS.

Chantelle, 29 novembre 1873.

Monsieur le rédacteur,

L'intéressante relation faite dans votre journal le 22 novembre 1873, par M. le docteur Gillette, de plusieurs exemples des méprises que peut faire commettre la présence méconnue d'un corps étranger, m'a remis en mémoire un cas à peu près pareil qui a trompé, pendant deux ans, la sagacité de deux illustres chirurgiens et la mienne. A titre de leçon ou d'avertissement, permettez-moi d'en faire un court récit.

Obs. — Une jeune fille de riche condition, âgée de sept ans, éprouva, dans le cours de l'année 1866, au devant du genou, une douleur assez vive pour gêner sa marche et commander le repos. On attribuait cette douleur à une chute faite en jouant quelques jours avant ma visite. L'examen du genou ne me permit de découvrir qu'une tuméfaction médiocre, sans plaie ni écorchure, à la partie inférieure de cette articulation, et une vive sensibilité à la pression. J'ordonnai des cataplasmes laudanisés et le repos du membre.

A la suite, un petit abcès se forma et s'ouvrit près de la tubérosité antérieure du tibia, et il s'établit un trajet fistuleux dont la persistance fit penser à une carie osseuse de nature scrofuleuse.

L'enfant, dont la santé générale laissait à désirer, fut conduite à Paris et soumise à l'examen de Velpeau et de Nélaton, qui conseillèrent l'huile de foie de morue, les bains de mer et des injections de teinture d'iode dans la fistule.

Ce traitement, modifié par nous à cause de la répugnance invincible de la malade pour l'huile de foie de morue et de la difficulté de la conduire à la mer, n'amena pas de changement notable dans son état. Ramenée à Paris au bout d'un an, et presentée de nouveau à Nélaton, elle se refusa à une injection de liqueur de Villate que le grand chirurgien, étonné de la persistance de la plaie fistuleuse, voulait y pratiquer.

A son retour à la campagne, j'essayai à mon tour; mais la vive douleur occasionnée par ces injections me força de les suspendre, et j'envoyai la jeune fille aux eaux de Bourbon-l'Archambault, qui produisirent une amélioration rapide et la cicatrisation du trajet fistuleux. Mais, au bout d'un mois, il se rouvrit, et il survint des agitations choréiformes que les bains sulfureux finirent par arrêter.

Les mêmes alternatives, qu'il serait trop long de raconter, se succédèrent pendant le cours des années 1868 et 1869, où les eaux de Bourbon furent encore essayées. A la suite de la dernière saison, la plaie sous-rotulienne rendit un peu plus abondamment du pus et du sang, et l'on revint aux cataplasmes. Un matin, au moment de les renouveler, la mère trouva sur celui qu'elle venait d'enlever un corps étranger fixé sur un petit fragment osseux nécrosé, de la grandeur de la moitié d'un ongle.

Ce corps étranger se composait du bout d'une grosse aiguille, long d'un demi-pouce environ; il était enfoncé par moitié de sa longueur dans l'os dont il venait de se détacher, avec le petit séquestre qui lui servait de support.

Le soulagement fut immédiat; en moins de huit jours, la fistule cessa de suppurer et se cicatrisa; la difficulté de marcher et tous les symptômes qui avaient existé disparurent. La petite malade, que son opiniâtreté à repousser l'exploration de sa plaie et à crier chaque fois qu'on y touchait, faisait accuser de méchanceté et considérer comme intraitable, se réhabilita dans notre opinion.

C'était à son insu qu'au moment de la chute qu'elle avait faite quelques jours avant notre première visite, une aiguille lui avait traversé la peau, au niveau de la tubérosité supérieure du tibia, et s'y était brisée près de sa pointe. La résistance qu'elle opposait à l'examen des hommes de l'art nous avait empêché, ainsi que nos illustres collègues, de reconnaître sa présence.

Agréez, etc. Dr MIGNOT.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDES SUR LE GOITRE ÉPIDÉMIQUE, par V. NIVET, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, etc. Paris, 1873; J.-B. Baillière et fils.

Le livre de M. le professeur Nivet nous offre une monographie très-étudiée, très-bien faite, sur un sujet qui a un grand intérêt pratique. Tout récemment encore on signalait, à Saint-Étienne, une épidémie de goître, qui n'atteignait pas moins de deux cents soldats en garnison dans cette ville. De pareils faits se renouvellent souvent; M. Nivet en cite plusieurs exemples.

Dans un travail de cette nature, la question des causes était la question capitale; le chapitre consacré à l'étiologie devait dominer tout le reste. C'est ce que l'auteur a très-bien compris et réalisé. Aussi, indépendamment du chapitre intitulé : *Des causes du goître épidémique*, qui a été traité avec tous les détails nécessaires, l'auteur a-t-il placé en tête de son livre un avant-propos, où, sous forme de *Considérations préliminaires*, il a étudié l'influence exercée par la hauteur des montagnes, la profondeur des vallées, la composition du sol et des eaux potables sur la production des diverses espèces de goître, soumettant à une critique judicieuse et éclairée les diverses théories qui ont été émises par un certain nombre d'observateurs. Et de plus, à la fin de sa monographie, il revient sur cette question de l'étiologie par un dernier chapitre, dans lequel il se livre à des considérations générales sur l'étiologie des diverses espèces de goître. Ces réflexions générales, il a soin de les rattacher à la monographie qui précède : « Nous ne pouvons pas, dit-il, terminer l'histoire particulière que nous avons faite du goître épidémique, sans chercher à en déduire quelques conclusions qui nous semblent propres à éclairer la question si intéressante de la pathogénie générale des diverses espèces d'engorgements de la glande thyroïde. »

Le chapitre *des causes du goître épidémique* a été rédigé avec des documents nombreux et consciencieusement recueillis, avec des observations propres à l'auteur ou empruntées à d'autres publications, avec des faits parfaitement analysés et appréciés. Tout ce chapitre est

présenté avec un tel talent d'exposition et de discussion, qu'il fait passer la conviction dans l'esprit du lecteur, et que, pour notre part, nous n'hésitons pas à en donner ici les conclusions, comme exprimant, avec vérité, l'état actuel de la science sur le sujet dont il s'agit :

« *Résumé étiologique.* — Le goître aigu règne quelquefois d'une manière épidémique parmi les étrangers qui habitent accidentellement les pays où le goître est endémique.

« C'est souvent après un séjour de plusieurs mois que cette affection commence à se montrer à la suite de causes particulières que nous allons rappeler. Le nombre des individus atteints est assez limité.

« Le voisinage des montagnes, l'air souvent humide des vallées et des bassins qui leur succèdent, les chaleurs excessives, les variations brusques et considérables de la température doivent être classés parmi les causes qui prédisposent au goître épidémique.

« Il en est de même des sueurs débilitantes qui suivent les longues courses faites pendant les saisons chaudes, de la marche ascendante sur des chemins à pentes rapides, et des exercices de force qui tendent à congestionner la tête, le cou, et spécialement la glande thyroïde.

« Les causes déterminantes sont les refroidissements du cou par des courants d'air et l'ingestion de l'eau froide pendant que le corps est en sueur.

« La composition chimique de l'eau potable, la qualité des aliments paraissent étrangers à la production des engorgements thyroïdiens aigus.

« L'absence de l'iode dans l'eau potable et les substances alimentaires peut prédisposer au goître, mais elle n'occasionne pas nécessairement cette maladie ; elle n'est pas la cause déterminante des goîtres aigus sporadiques ou épidémiques.

« Toutes les constitutions, tous les tempéraments ont payé un tribut à peu près égal aux épidémies goîtreuses.

« Les soldats nés dans une localité où le goître est endémique, ou qui offrent un commencement d'engorgement du corps thyroïde, sont plus impressionnés que ceux nés ailleurs, par les causes prédisposantes et déterminantes du goître aigu, et leur maladie a plus de tendance à passer à l'état chronique. »

L'auteur a traité avec le même soin tous les autres points de vue afférents à son sujet : symptômes et complications ; — marche, durée, terminaison et pronostic ; — diagnostic ; — anatomie pathologique et nature ; — traitement.

Certaines parties du livre de M. le professeur Nivet mériteraient une mention spéciale ; telle est, entre autres, la critique à laquelle il a soumis les diverses théories par lesquelles plusieurs savants ont cherché à expliquer la production du goître endémique. On a souvent attribué aux terrains géologiques et à la composition des eaux les goîtres nombreux observés dans plusieurs régions de la France. Notre auteur, s'appuyant sur les données fournies par la statistique des conscrits goîtreux exemptés, dans tous les départements de la France, pendant une période de cinq ans ; — sur un tableau dans lequel la proportion de ces conscrits goîtreux est mise en regard de la nature des terrains qui forment le sous-sol de ces mêmes départements ; — sur les analyses des eaux potables indiquées dans l'*Annuaire* publié, en 1851, sous les auspices du ministre de l'agriculture et du commerce, démontre que, dans d'autres régions offrant des terrains de même nature, des eaux chargées des mêmes sels, les goîtreux manquent ou sont rares ; et il arrive aux conclusions suivantes : Les terrains jurassiques, qui sont principalement formés d'assises de calcaires magnésiens, ne sont pas la cause du goître. Il en est de même des terrains crétacés et des calcaires grossiers ; — la présence, dans les eaux potables, des sels de chaux ou de magnésie, l'existence d'une certaine quantité de matière organique dans ces liquides, sont étrangères à l'étiologie de cette affection. L'action du défaut d'aération de ces eaux n'est nullement démontrée.

Ces conclusions, rigoureusement déduites d'une étude aussi approfondie que celle à laquelle M. le professeur Nivet s'est livré, jettent une vive lumière sur la question générale du goître, si importante pour l'avenir d'une partie de la population française, et la simplifient d'une manière qui ne peut être que très-utile. En les rapprochant des faits relatifs à l'étiologie du goître épidémique que l'auteur a réunis dans son livre, on se trouve nécessairement porté vers des notions positives et pratiques au point de vue de la prophylaxie générale du goître. En effet, les théories qui ont été produites jusqu'à ce jour, pour expliquer la production du goître endémique, étant démontrées inadmissibles, il est très-rationnel de demander à l'étude étiologique du goître aigu, qui se forme rapidement sous nos yeux, de manière que nous pouvons, en quelque sorte, voir agir ses causes productrices et nous rendre compte du mécanisme de sa formation, les renseignements qui doivent nous guider dans la recherche des véritables causes du goître endémique. Nous félicitons M. le professeur Nivet d'avoir ouvert cette voie féconde.

Comme on peut en juger par les quelques lignes qui précèdent, le livre de M. Nivet sera lu avec fruit. Notre savant confrère nous promet un autre ouvrage qui sera spécialement con-

sacré à l'histoire des diverses espèces de goître qu'il a observées dans le département du Puy-de-Dôme. Nous attendons ce nouveau livre, qui ne pourra manquer d'être intéressant.

Dr G. RICHELOT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 décembre 1873. — Présidence de M. TRÉLAT.

SOMMAIRE. — Élection pour le renouvellement du bureau. — Rapport de M. Verneuil sur le travail de M. le docteur Krishaber relatif à l'emploi du galvano-cautère dans l'opération de la trachéotomie.

La Société de chirurgie a procédé dans cette séance à une série de scrutins pour le renouvellement de son bureau. Ont été élus pour l'année 1874 :

Président, M. Maurice Perrin; — vice-président, M. Léon Le Fort; — secrétaires annuels, MM. de Saint-Germain et Sée. — Le secrétaire général étant nommé pour cinq ans, et le titulaire actuel n'ayant pas encore fait son temps, M. Félix Guyon continuera de remplir ces fonctions à la satisfaction universelle. — M. Guéniot, trésorier, et M. Giraud-Teulon, archiviste, ont été *prorogés* pour un an, par acclamation.

La Société de chirurgie ayant fait ainsi son petit ménage annuel, a repris le cours de ses travaux scientifiques et entendu un excellent rapport de M. Verneuil sur le mémoire de M. le docteur Krishaber, relatif à l'opération de la trachéotomie par le galvano-cautère.

Nous avons rendu compte, dans un précédent article, du travail de M. Krishaber, lu devant la Société de chirurgie dans la séance du 26 novembre dernier. Nos lecteurs se rappellent sans doute que les conclusions de l'auteur n'étaient pas très-favorables à la nouvelle méthode que M. Verneuil a tenté d'introduire dans la pratique de la médecine opératoire. M. Krishaber a donc, suivant la remarque de M. Verneuil, fait preuve de louable indépendance en portant devant la Société de chirurgie la négation qu'il oppose à l'affirmation de M. Verneuil, et en provoquant ainsi la contradiction sur son travail. Mais M. Krishaber n'avait pas trop présumé du libéralisme de M. Verneuil en pensant que cet acte d'indépendance n'exerçait aucune influence sur l'esprit de justice de celui qu'il venait ainsi contredire en face. « Toujours disposé, a dit M. Verneuil, à appeler le contrôle sur mes opinions et mes actes, j'accepte volontiers, sinon la condamnation, du moins la controverse. C'est pourquoi j'ai prié mes jeunes collègues de la commission de vouloir bien me confier la tâche de rapporteur. Tout en étant juge et partie, j'espère rester impartial, et dans ce plaidoyer *pro domo meâ*, tenir des objections le compte qu'elles méritent. »

M. Verneuil a traité avec un grand soin et un grand esprit d'impartialité la question de priorité de l'application du galvano-cautère à la trachéotomie. Cet historique peut se résumer en quelques lignes :

Vers 1862, Middeldorpf conçoit l'idée d'appliquer la galvano-caustique à la trachéotomie, sans mettre son projet en pratique.

En 1867 et 1869, le professeur Victor von Bruns, de Tubingue, fait deux tentatives si peu fructueuses qu'il ne publie pas les observations et qu'il se contente de les mentionner en quelques mots peu clairs.

En 1870, M. Amussat essaye de son côté et réussit, mais le fait reste inédit.

En avril 1872, M. Verneuil fait connaître décrit et minutieusement une opération qu'il a pratiquée et qui est suivie de succès.

En octobre 1872, M. le professeur Voltolini (de Breslau) suit l'exemple de M. Verneuil et publie une observation complète.

En décembre 1872, M. Paul Bruns réclame pour son père, puis il juge défavorablement le procédé, sans paraître avoir lu le travail de M. Verneuil.

En janvier 1873, M. Émile Bourdon, interne de M. Verneuil, fait paraître un mémoire didactique aussi complet que le permet l'état de la science.

En novembre 1873, M. Krishaber communique à la Société de chirurgie deux observations originales et conclut au rejet du procédé.

En cas d'adoption ultérieure de la trachéotomie par le galvano-cautère, M. Verneuil estime que la chirurgie française pourra revendiquer la plus large part.

M. Verneuil cherche ensuite à réfuter les observations opposées par M. Krishaber à la trachéotomie galvano-caustique. Il rappelle la conclusion suivante, qui termine le mémoire de son contradicteur : « Il n'est pas suffisamment prouvé, jusqu'à ce jour, que le galvano-cautère apporte à l'opération de la trachéotomie ni une difficulté de plus ni un danger de moins. »

Après avoir rappelé les difficultés et les dangers de l'opération de la trachéotomie par les procédés ordinaires, « opération émouvante au plus haut degré, délicate, souvent très-laborieuse et n'étant guère accessible qu'aux chirurgiens à la fois habiles et hardis, » M. Verneuil établit que, dans les quatre opérations de trachéotomie au galvano-caustique qu'il a pratiquées, ces difficultés et ces dangers ne se sont pas produits ; que tout s'est passé comme s'il avait opéré sur le cadavre, et que le succès a dépassé ses espérances. Des succès analogues ont été obtenus par M. Emmanuel Bourdon ; par M. Voltolini (de Breslau) ; par M. Amussat. Vers la fin de l'année dernière, le procédé nouveau avait donc enregistré une série non interrompue de succès, dont M. Krishaber eût dû tenir compte pour se prononcer sur la valeur de la méthode.

Dans la majorité des cas où elle a été pratiquée, la galvano-caustique a réussi à supprimer l'hémorrhagie ou à la rendre insignifiante. Sans doute, on ne peut pas compter toujours sur une action hémostatique aussi parfaite, et il est des cas dans lesquels le sang a coulé en plus ou moins grande abondance pendant le cours de l'opération. L'un de ces cas appartient à M. Voltolini, un deuxième à M. Krishaber ; deux autres ont été recueillis par M. Verneuil.

L'hémorrhagie artérielle ou veineuse, ou ayant sa source dans ces deux ordres de vaisseaux à la fois, peut être *immédiate* ou *secondaire*.

L'hémorrhagie *immédiate* dépend incontestablement quelquefois du mauvais usage de l'instrument. Chauffé au rouge clair, le galvano-cautère n'a que des propriétés hémostatiques insignifiantes et divise les vaisseaux comme le bistouri. Il est donc de règle de ne porter qu'au rouge sombre, tout au plus au rouge ordinaire. Mais la température n'est pas tout. Il est au moins essentiel que le couteau soit mousse, assez volumineux, épais, nullement tranchant.

Le couteau galvanique doit être constitué par un fil de platine d'au moins 1 millimètre et 1/4, simplement replié et gardant sa forme cylindrique. Il pénètre difficilement, avec lenteur et à l'aide seulement d'une pression assez forte ; c'est ainsi qu'il comprime et raccourcit la paroi vasculaire avant de la sectionner.

Cette condition de l'instrument existait-elle dans les opérations accompagnées ou suivies d'hémorrhagie ? M. Verneuil ne le pense pas. C'est à l'absence de cette condition, à l'usage d'un couteau défectueux qu'il attribue les hémorrhagies dans les cas de Voltolini et de M. Krishaber.

Les hémorrhagies *secondaires* sont mentionnées d'une manière si concise, qu'il est malaisé de savoir pourquoi l'hémostase d'abord obtenue n'a pas été durable. M. Verneuil pense que, dans un cas, cela a été dû à l'état emphysémateux du sujet ; dans un cas de croup, à l'état constitutionnel de l'enfant ; dans un troisième cas, à ce que l'opérateur, ayant ouvert une artère, se contenta d'appliquer sur l'orifice le plat du cautère, ce qui n'amena dans les tuniques qu'un resserrement trop faible pour résister longtemps à l'ondée sanguine.

Quoi qu'il en soit, M. Verneuil pense que le chirurgien est en mesure, en se conformant aux préceptes qu'il a posés, non-seulement de prévenir, mais encore de combattre fructueusement l'accident en question.

Dans l'hémorrhagie artérielle secondaire, c'est-à-dire lorsque l'hémorrhagie, d'abord obtenue, ne persiste pas et que l'hémorrhagie résiste à l'application du cautère sur l'orifice vasculaire, il ne faut pas hésiter à lier le vaisseau ou à le tordre. Contrairement à l'opinion de M. Krishaber, ces ligatures sur les surfaces brûlées par le cautère n'ont jamais offert de difficulté à M. Verneuil. Dans des cas où il existerait des difficultés exceptionnelles, on pourrait employer l'expédient qui a réussi à M. Krishaber, c'est-à-dire saisir médiatement le vaisseau avec une pince à arrêt qui resterait en place jusqu'à la fin de l'opération et servirait de guide à une ligature finale.

La ligature serait également applicable à une grosse veine qui continuerait à donner du sang.

Dans les opérations galvaniques, le sang peut gêner beaucoup la manœuvre, alors même qu'il s'écoule en très-petite quantité ; car à la dose de quelques gouttes, pour ainsi dire, il suffit pour éteindre le cautère et le charger d'un caillot qu'il faut brûler pour rétablir l'action divisante, d'où une perte de temps qui peut être fâcheuse. Il est donc essentiel, aussitôt le jet de sang constaté, de pratiquer la ligature, et, pour cela, il faut voir bien nettement l'orifice vasculaire. Il est donc indispensable que la partie qui est le siége de l'opération soit exposée en pleine lumière.

Le procédé de trachéotomie indiqué par M. Verneuil a été appliqué par lui avec succès chez l'enfant comme chez l'adulte. Il a également réussi, entre les mains d'autres chirurgiens, dans la médecine opératoire des enfants.

M. Verneuil fait remarquer que l'emploi de la galvano-caustique dans la trachéotomie ne date que d'hier et ne compte que treize essais sérieux. Cependant, cette méthode précieuse a déjà conjuré, dans la majorité des cas, des dangers qu'après deux cents ans de recherches et

des milliers d'opérations, la méthode sanglante n'était point parvenue à écarter d'une manière satisfaisante. Il faut ajouter qu'aucun revers, aucun désastre opératoire ne lui est imputable, et qu'on ne peut lui imputer encore qu'un certain nombre de défectuosités et d'imperfections, dont elle se corrigera sans doute avec le temps. Il y a donc lieu d'attendre encore pour la juger en dernier ressort.

Aujourd'hui, M. Verneuil se croit en droit de dire, provisoirement bien entendu, qu'elle présente des avantages précieux et qu'elle mérite toute l'attention des chirurgiens.

M. Verneuil termine en s'attachant à mettre en relief le zèle de M. Krishaber dans l'étude des questions nouvelles, le talent réel avec lequel il a présenté ses objections, et le service qu'il a rendu en critiquant, non sans raison, le procédé nouveau.

Il propose, comme conclusions : 1° de renvoyer le travail de M. Krishaber au Comité de publication ; 2° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 3° de faire compter sérieusement ce nouveau travail parmi les titres de l'auteur à la place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

La discussion du rapport de M. Verneuil est renvoyée à la prochaine séance.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

FORMULAIRE

MIXTURE DIURÉTIQUE. — GRAVES.

Émulsion d'amandes	300 grammes.
Nitrate de potasse . . . . . de	4 à 8 gram.
Teinture de digitale	1 gr. 50 centigr.
Teinture de jusquiame.	1 gramme.

Mêlez. — Une cuillerée d'heure en heure, pour combattre diverses formes d'hydropisie, et en particulier l'œdème qui accompagne les maladies du cœur. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 30 DÉCEMBRE 1829.

Distribution solennelle des prix de l'École pratique. Richerand, chargé du discours, paye un tribut d'éloges à la mémoire de Vauquelin et de Pelletan. A l'occasion de ce discours, la Faculté crut devoir remettre en vigueur, à l'avenir, une disposition des statuts anciens, qui voulait qu'aucun discours ne fût prononcé dans ses séances publiques avant d'avoir été soumis au jugement de la Faculté ou de la commission permanente. — A. Ch.

COURRIER

Externes nommés au dernier concours. — 1. Nélaton, Jalaguier, Piéchaud, Barth, Herpin, Clément, Audouard, Avezou, Routier, Pachot, Letulle, Mahot, Eugène Monod, Frédéric Monod, Merklen, Bureau, Borand. Vimont, Vermeil, Lacomme, Gaucher, Carrette, Poulin-Mary, Rogier, Nitot, Charreyron, Canivet, Champetier de Ribes, Le Dauphin, Colson, Boulley, Albert Suary, Peaucellier, Bousquet, Ledoux, Ficher, Régnier, Dircks-Dilly, Lecoq.

41. Crié, Bide, Guillemet, Gutierrey, Edelman, Desnos, Cantacwzène, Bode, Decaye, Delourbes, Paul-Adhémar Robert, Leneveu, Larrouy, Leduc, Lerrat, Pitois, Mugnier, Fournier, Julien, Fesq, Hirtz, Boulian, Rocher, Devins, Piogey, Fiaux, Jean-François Michaud, Suchard, Maldau, Filhouldaud, Fuzier, Aigre, Uldy, Ausaytier, Weil, Besson, Duvernoy, Guermonprez, Moret, Thomas.

81. Bongrand, Bricard, Perret, Donnadieu, Potin, Bretheau, Bellouard, Fernand Suarez, Lones, Lefèvre, Cousin, Lebeaux, de Bouzy, Pellier, Mossé, Brissand, Distinguin, Paul-Boncour, Talamon, Renel, Sallinger, Béringier, Soulié, Bignon, Judas du Souich, Frédault, Arciaux, Doleris, Savard, Verneau, Hervier, Douart, Becquembois, Bancel, Foucart, Bourotte, Briolat, Arnoult, Didier, Piédallu.

121. Durand, Rouhet, Simyan, Astier, Brault, Connard, Garsky, Laurent Frédéric, Vincent Goudemant, Lejeune, Leroux, Gautier, d'Arsonval, Wurtz, de Fonmartin, de Brinon, Lambert Platreau, Caumoine, Berguien, Harel, Nicolas, Lévy, Correnson, Peton, Suc, Paul Michaut, Casset, Vouters, Duhamel, Ovion, Chuquet, Meunier, Cortyl, Dromain, Gaillard, Lecourt, Tambareau, Tison.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. (Séance du 26 décembre 1873.) — Renouvellement du bureau et des conseils. Ont été nommés :

Président, M. Lailler; — vice-président, M. Woillez; — secrétaire général, M. Ernest Besnier; — secrétaires des séances, MM. Martineau et Duguet.

Membres du conseil de famille : MM. Moissenet, Laboulbène, Bernutz, Empis.

Membres du conseil d'administration : MM. Bergeron, Hérard, Luys, Moutard-Martin, Ferrand.

Membres du conseil de publication : MM. Ernest Besnier, Martineau, Duguet, Léon Colin, Damaschino.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Composition du bureau pour l'année 1874 :

Président, M. Julliard; vice-président, M. de Ranse; secrétaire général, M. Collineau; secrétaires annuels, MM. Chateau et Michel (Édouard); trésorier, M. Trèves; archiviste, M. Aubrun (Eugène); référendaires, MM. Trèves et Labarraque; comité de publication : MM. Julliard, président; Collineau, secrétaire général; Delarue, Gimelle, Reliquet.

CHOLÉRA. — On écrit de Dantzig, le 21 décembre 1873 :

« Le journal officiel de l'empire allemand (*Staats Anzeiger*) vient de publier une statistique des cas de choléra qui se sont produits cette année dans le royaume de Prusse. Aujourd'hui que l'on peut considérer la maladie comme ayant perdu tout caractère épidémique, ce relevé indique d'une manière à peu près complète l'étendue des ravages qu'elle a exercés depuis son apparition jusqu'à ce jour. Voici le nombre de cas constatés par province :

	Cas.	Décès.
Province de Prusse.....	25.261	13.268
— de Brandebourg	3.594	1.721
— de Poméranie	529	351
— de Posen	1.429	776
— de Silésie.....	3.667	1.773
— de Saxe	10.246	4.854
— de Schleswig-Holstein	228	156
— de Hanovre.....	578	346
— de Hesse-Nassau	57	17
	45.589	23.242

« La province de Prusse, comme on le voit, a été la plus gravement atteinte; c'est elle du reste, généralement, qui, en raison de sa situation géographique limitrophe de la Pologne et de la Russie, est aussi le plus fréquemment victime de l'invasion du fléau. Les premiers cas de choléra, en effet, ont été signalés dès le 22 mai dans l'arrondissement de Thorn, à l'endroit où la Vistule entre sur le territoire prussien; de là la maladie s'est propagée à l'ouest en longeant les côtes de la Baltique et de la mer du Nord jusqu'en Hanovre. Dans les provinces méridionales, elle a été introduite par la voie de Posen jusqu'en Saxe et a continué sa route vers la Bavière et le sud. Les provinces rhénanes semblent avoir été complétement épargnées. »

ÉTAT SANITAIRE DE LA VILLE DE PARIS. — Population (recensement de 1872): 1,851,792 habitants. — Pendant la semaine finissant le 26 décembre on a constaté 783 décès, savoir :

Variole, 0 décès; — rougeole, 10; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 14; — érysipèle, 9; — bronchite aiguë, 54; — pneumonie, 63; — dysenterie, 0; — diarrhée cholériforme des enfants, 3; — choléra infantile, 0; — choléra, 0; — angine couenneuse, 7; — croup, 10; — affections puerpérales, 11; — affections aiguës, 247; — affections chroniques, 289 (dont 136 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 53; — causes accidentelles, 11.

LONDRES. — Population : 3,356,073 habitants. — Décès du 14 au 20 décembre, 2,415. Variole, 2; rougeole, 163; scarlatine, 22; fièvre typhoïde, 27; érysipèle, 9; bronchite, 632; pneumonie, 163; dysenterie, 0; diarrhée, 11; choléra nostras, 1; diphthérie, 8; croup, 10; coqueluche, 70; autres causes, 1,294.

ROME. — Population : 244,484 habitants. — Décès du 8 au 14 décembre : 167. Fièvre typhoïde, 5; érysipèle, 2; bronchite, 13; pneumonie, 14; diphthérie et croup, 7; autres causes, 126.

Le numéro de ce jour contient un Supplément de huit pages.

FIN DU TOME XVI (TROISIÈME SÉRIE).

Le Gérant, G. RICHELOT.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XVI

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1873

A

Abadie. V. Maladies des yeux.
Abcès calculeux du rein, par M. Annandale, 236. — du foie. Ouverture dans la veine cave ascendante. Collections purulentes consécutives dans les poumons, par M. Colin, 217.
Absorption cutanée. Expériences physiologiques, etc., par M. Brémond. Analyse, 177.
Académie de médecine (Appréciation des séances de l'), par M. A. Latour. *Passim.* — (Comptes rendus des séances de l'). *Passim.* — Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique. — Prix proposés pour l'année 1873, 22. — pour l'année 1874, 22.
Académie des sciences (Comptes rendus et appréciation des séances de l'), par M. Maximin Legrand. *Passim.*
Acide phénique (Empoisonnement par les vapeurs d'), 83.
Agassiz (Notice sur M.), 979.
Alcool (Effets physiologiques de l') sur la température, la circulation et la respiration. Leçons de M. Sée, par M. Max. Legrand, 37. — Applications thérapeutiques de l'), par les mêmes, 140.
Aliénés (Du placement des) dans les asiles publics du département de la Seine. Rapport, 949.
Allaitement maternel (Étude sur les avantages matériels de l'), par M. Verriet-Litardière. Analyse, 414.
Allemagne (A travers l'), par M. E. Carrière, 1, 119, 205, 557.
Almanach des jeunes mères et des nourrices pour 1873. Analyse, 19.
Amputation de l'utérus inversé, 792.
Amputations sous-périostées (Sur les), 892.
Andral. V. Clinique (La) et la physiologie.
Anévrysme (Difficultés du diagnostic de l') avec l'abcès, par Smith, 203. — diffus primitif intra-orbitaire, par M. Julliard, 354. — sacciforme de l'aorte abdominale (Introduction d'un ressort de montre dans un), par M. Barzilai, 906.
Angine couenneuse (Traitement de l') par la cautérisation, par M. Malherbe, 507. — diphthéritique (Succès du poivre cubèbe dans l'), 311.
Angiome simple sous-cutané circonscrit (Étude sur l'), par M. Monod. Analyse par M. G. Richelot, 133.
Ankyloses multiples des membres inférieurs, 705.
Annuario delle science mediche. Analyse par M. Garnier, 144.
Antagonisme de la digitaline et de la saponine, par M. Kohler, 882.
Anthropologie, par M. Riolæra. Analyse, 192.
Anthropométrie chez les aliénés, par M. Riva, 871.
Apoplexie pulmonaire mortelle consécutive à la paracentèse, par M. da Silva Lima, 954.
Araroba (Note sur la poudre antiherpétique d'), 284.
Arsenal du diagnostic médical, par M. Maurice Jeannel. Analyse par M. Legrand, 784.
Arsenic aux phthisiques (Administration de l'), par M. Jaccoud, 204.
Arthrite blennorrhagique probable du larynx (Note sur un cas d'), par M. Libermann, 971, 997.—du genou (De l') et de l'épanchement articulaire consécutifs aux fractures du genou, par M. P. Berger. Analyse par M. G. Richelot, 75.
Arthrites syphilitiques (Des), par M. Lancereaux, 153, 182.
Asiles d'aliénés (Des causes de l'encombrement toujours croissant des) et des remèdes à y apporter, par M. Lentz. Analyse par M. Brierre de Boismont, 921.
Aspiration des liquides morbides (Traité de l'), par M. Dieulafoy. Analyse par M. A. Latour, 176, 219.
Assistance (L') des blessés dans les hôpitaux, par M. Harzé. Analyse par M. A. Latour, 768. — médicale (Rapport sur le service départemental de l') et de la vaccine de Meurthe-et-Moselle en 1871, par M. Simonin. Analyse, 20. — publique (Le budget de l') pour 1874, 380.
Association française pour l'avancement des sciences. *Passim.* — générale des médecins de France. Circulaire de M. le Président relative à la Caisse des pensions viagères, 617.
Ataxie locomotrice (Influence du repos dans l'), par Weir Mitchell, 306.
Atrésie de la partie supérieure de l'œsophage, 892.
Atrophie aiguë des cellules motrices (Considérations sur l'), par M. Petitfils. Analyse par M. G. Richelot, 573.
Atropine (De l'action comparative de l') chez

l'homme et chez certains animaux, par M. Rabuteau, 1006.
Auscultation (L') comme moyen de diagnostic de la pierre, par M. Head, 306.
Avoine (Note sur l'usage alimentaire de la farine d'), par M. Mignot, 39.

B

Balle (Deux cas de) logée dans le rocher, par M. Gillette, 801.
Bardinet. V. Paraphimosis.
Bertillon. V. Épididymite caséeuse. — Population française.
Bile (Sécrétion de la), par M. Stricker, 554.
Batbédat. V. Tumeurs érectiles.
Bec-de-lièvre (Observation de) compliqué de division de la voûte palatine; opération par un nouveau procédé suivi de succès, 892.
Berceau-balance pour les nouveau-nés, par M. Groassin, 440.
Belhomme. V. Études physiologiques.
Bertherand. V. Physiologie.
Besnier (Ernest). V. Choléra. — Expectoration albumineuse. — Maladies régnantes.
Besnier (Jules). V. Chloral hydraté.
Bibliographie des sciences médicales, par M. Pauly. Analyse par M. Chereau, 831.
Biphosphate de chaux (Étude sur le) envisagé au point de vue médical, par M. O. Henry, 361.
Bismuth (Une nouvelle mine de), 920.
Blanc (Henry). V. Choléra. — Réclamation, 716, 758.
Blennorrhagie uréthrale (Traitement de la) par les inhalations d'huile éthérée, par M. Zeissl, 256.
Blessure du nerf tibial postérieur par une lame de canif restée dans la plaie, par M. Gillette, 801.
Bloch. V. Empoisonnement par les champignons.
Boisson antidiarrhéique. Piorry, 428.
Bourgogne. V. Choléra.
Bottentuit. V. Fièvre typhoïde. — Intoxication saturnine.
Brierre de Boismont. V. Asiles d'aliénés.
Bronchites (Études cliniques sur diverses formes de), par M. Sessac-Lagrange. Analyse, 245.
Bruits cardiaques et leur valeur. Signes pratiques de l'hypertrophie du cœur. Leçons de M. Peter, rédigées par M. Huchard, 249.
Brûlures occasionnées par le pétrole (Considérations sur les), par M. Chairou, 329.
Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations de l'état civil. *Passim.*
Burdel. V. Petites voitures.

C

Canal thoracique (De l'inflammation du), par M. Chouppe. Analyse, 820.
Carreau; péritonite chronique devenant aiguë par perforation; autopsie, par M. Ferrand, 105.
Carrière (Ed.). V. A travers l'Allemagne. — Exposition de Vienne.
Cataracte (Discussion sur les méthodes d'extraction de la), 33, 45, 283.
Causeries, par le docteur Simplice, 25, 61, 105, 149, 193, 237, 297, 333, 445, 489, 533, 569, 605, 649, 685, 721, 801, 837, 873, 998.
Caustique iodé contre le lupus, Rieseberg, 775.
Cazalas. V. Choléra. — Phthisie pulmonaire.
Cerveau (Destruction traumatique de l'hémisphère droit du) sans altération des fonctions, par M. Porta, 203.
Chairou. Réclamations, 591.
Chancres du col utérin (Études sur les), par M. Schwartz. Analyse, 856.
Charlatanisme professionnel (A propos du), par M. Notta, 137.
Chereau (A.) V. Bibliographie des sciences médicales. — Éphémérides médicales. — Médecins (Les) de Louis XII. — Opérations obstétricales.
Chirurgie clinique (Éléments de), par M. F. Guyon. Analyse par M. G. Richelot, 110.
Chloral (Action paralysante du), 101. — (Le) contre l'éclampsie, 792. — hydraté (De l'emploi du) comme adjuvant de l'opium, dans un cas de menace d'avortement, par M. Besnier, 495.
Chlorhydrate d'ammoniaque (Des inhalations de) dans les affections des voies respiratoires, par M. Libermann, 333. — (Des propriétés antipyrétiques et sédatives du), 637.
Choléra (Communications, renseignements, discussion sur le). M. Lecadre, 364. — M. J. Guérin, 408. — M. Bourgogne, 410. — M. Ernest Besnier, 417. — M. Marie, 431. — M. Decroix, 435. — M. J. Guérin, 437. — M. Ernest Besnier, 457. — M. Ferrand, 462. — M. Besnier, 470. — M. Colin, 473. — M. Robbe, 480. — M. Bonnafont, 489. — M. E. Besnier, 509. — M. Brouardel, 515. — M. H. Blanc, 516. — M. E. Besnier, 523. — M. Fauvel, 528. — M. Blanc, 533. — Pellarin (Aug.), 536. — M. Hayem, 541. — M. E. Besnier, 545. — M. Maire, 552. — M. E. Besnier, 558. — M. Bonnemaison, 562. — M. Blanc, 569. — M. E. Besnier, 581. — M. Massart, 594. — M. Blanc, 605. — M. Blanc, 653. — M. E. Besnier, 661. — M. E. Besnier, 673. — M. Chauffard, 677, 691. — M. Blanc, 685. — M. Jolly, 760, 772. — M. E. Besnier, 777. — M. Barth, 833. — M. E. Besnier, 849. — M. Barth, 904, 909. — M. Hayem, 966. — M. Woillez, 908. (Le) dans l'Inde, par M. Tholozan. Rapport par M. Cazalas, 65. — (Des injections d'eau et de solutions salines par les veines dans le traitement de la période algide et ultime du), par M. Dujardin-Beaumetz, 619. — (Épidémie spontanée de) dans l'Amérique du Sud, par M. Estrazuh, 531.
Chorée; troubles mentaux; hallucinations multiples; guérison, par M. Ritti, 721.
Chronique étrangère, par M. Garnier, 249.
Circoncision (De la) par un nouveau procédé, par M. Issa Hamdy. Analyse, 435.
Climatologie générale du globe (Traité de), par M. Armand. Analyse par M. A. Latour, 315.
Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, par M. Gosselin. Analyse par M. Félizet, 155.
Clinique (La) et la physiologie. Lettre de M. Andral, Réponse de M. A. Latour, 957 — médicale (Leçons de) faites à l'hôpital Lariboisière, par M. Jaccoud. Analyse par Huchard, 231, 266. — médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, par Trousseau, 5e édit. Analyse par M. Legrand, 377, 424.
Cœur (Ce que deviennent le) et l'organisme au cas de lésion intra-cardiaque chez l'enfant et le vieillard, chez l'adulte homme et femme. Leçon par M. Peter, recueillie par M. Huchard, 345.
Colin. V. Abcès du foie. — Choléra.
Communication anatomique existant entre les noyaux

d'origine de la troisième et de la sixième paire (Note sur la), par M. Féréol, 826.
Compression élastique des membres (Nouvelle méthode d'hémostase par la). Discussion, 820. — (De la), par M. Demarquay, 809. — (De la) et de la ligature élastiques, 936.
Contracture hystérique (De la) permanente, par MM. Bourneville et Voulet. Analyse, 57. — du sphincter anal; insuccès des topiques et de la dilatation lente; guérison par le bromure de potassium, par M. Leriche, 109.
Coqueluche (Belladone et quinine contre la), 311.— (Traitement de la), par Oppolzer, 416.
Corps étrangers de l'oreille moyenne; succès de l'injection d'eau continue, par M. Gillette, 801.
Corps étrangers dans les articulations (Diagnostic difficile des), par M. Mignot, 1010.
Corps étranger de l'urèthre; uréthrotome externe; guérison. Clinique de M. Richet, par M. Hutinel, 322. — de la vessie; perforation de la paroi vésicale, par M. Gillette, 286.
Corps thyroïde (Recherches sur la structure interne du), par M. Bouchut. Analyse, 246.
Cosserat. V. Empoisonnement par les champignons.
Coste (Mort de M.), 468.
Craquement scapulaire (Sur le), par M. Galvagni, 871.
Crémation des morts (De la) en Italie, par M. de Pietra Santa, 381, 405, 417, 469, 588.
Croup (Des complications cardiaques du) et de la diphthérie, et en particulier de l'endocardite secondaire diphthéritique, par M. Labadie-Lagrave. Analyse par M. G. Richelot, 8. — foudroyant (Observation de), par M. Bourdin, 441.
Cystite chronique du col (Traitement de la), par M. Tillaux, 798. — du col vésical par contracture rebelle; dilatation forcée, par M. Gillette, 996.

D

Damaschino. V. Diarrhée prémonitoire du choléra.
Débridement du col (Gravité du) chez la vache, 792.
Délivrance empêchée par le vide, 792.
Dengue fever (De la) et de l'épidémie qui règne actuellement dans l'Inde, 358.
Dépôt de médicaments (Une Société de secours mutuels a-t-elle le droit d'avoir pour l'usage spécial de ses membres un)? par M. Guerrier, 89.
Désinfection de l'air (Expériences relatives à la), 83.
Desnos. V. Expectoration albumineuse.
Desplats. V. Péritonite rhumatismale.
Diabète (Le) au Collége de France. Cours de M. Claude Bernard, par M. Ferrand, 617. — insipide (De l'administration de la valériane dans le), 637. — sucré (Considérations théoriques et pratiques sur le), 637.
Diagnostic médical (Traité de), par M. Racle. Analyse par M. Ferrand, 656.
Diarrhée dite prémonitoire du choléra (De la), par M. Damaschino, 649.
Diastase (Préparation de la), par M. E. Perret, 857.
Dilatation de l'urèthre chez la femme (Innocuité et utilité de l'extrême et rapide) pendant l'anesthésie, par M. Simonin. Analyse, 819.
Diplôme étranger (Valeur d'un), 883.
Distribution des prix des écoles communales dans un village des environs de Paris. Discours par M. A. Latour, 369.
Dujardin-Beaumetz. V. Choléra.
Durwell. V. Platane.
Dysenterie (Une médication topique de la), 311. — chronique des pays chauds (De la) et de son traitement par la diète lactée, par M. Clavel, 601.— (Traitement de la) par la viande crue, 750.
Dysidrosis, éruption non décrite, par M. Tilburg Fox, 603.
Dyspepsie caractérisée par une sécrétion très-abondante de liquide gastrique, améliorée au moyen de l'aspiration stomacale, 957. — fonctionnelle (D'un nouveau mode de traitement de la), 957.
Dystocie (Cause rare de), 792.

E

Eau contre la goutte, Bence Jones, 296. — de chaux (Efficacité de l') contre la piqûre des guêpes, frelons et abeilles, par M. Danverne, 660.
Eaux de Néris (Guide médical aux), par M. Bonnet de Malherbe. Analyse, 143. — de Saint-Boès (Les), par M. Garrigou, 263. — du puits du Sahara (Les), 732.
Éclampsie albuminurique et urémie; guérison par l'hydrate de chloral, par M. Bouchut, 634.
Électrisation localisée (De l') et de son application à la pathologie et à la thérapeutique, par M. Duchenne (de Boulogne). Analyse par M. G. Richelot, 291.
Électuaire antipériodique, Glœnninger, 732. — diurétique, 883.
Élixir dentifrice, Cheltenham, 104.
Embaumement (De l') chez les anciens et chez les modernes, par M. Sucquet. Analyse par M. de Pietra Santa, 49, 81.
Embolie (Observation d'un cas d'), par M. Demarquay, 329.
Emplâtre de belladone, Beasley, 895.
Empoisonnement par les champignons, par M. Cosserat, 714. — par M. Bloch, 974.
Enfoncement limité de la voûte du crâne, par M. Gillette, 286.
Éphémérides médicales, par M. Chereau. (Dans tous les numéros.)
Épididymite caséeuse (De l'), par M. Mougin. Analyse par M. Bertillon, 302.
Épistaxis séro-albumineuse (Observation d'), par M. Champouillon, 317.
Ergotine (Injections hypodermiques d') contre les fibromes utérins, par M. Kenting, 355.
Étranglement interne simulant une hernie ombilicale étranglée (Sur un cas d'), 705, 892.
Études physiologiques (Importance des) pour les progrès de la philosophie et de la sociologie, par M. Belhomme, 374.
Eucalyptus globulus (Étude des applications thérapeutiques de l'), par M. Gimbert. Analyse par M. Huchard, 986.
Examen de fin d'année, par M. A. Latour, 1005.
Exercice illégal de la pharmacie et de la médecine. Condamnation, 28. — de la pharmacie. Condamnation, 260.
Expectoration albumineuse (Contribution à l'étude de l') survenant à la suite de la thoracentèse, par M. E. Besnier, 51. — consécutive à la thoracentèse. (Contribution à l'étude de l'), par M. Desnos, 123. — (De l') consécutive à la thoracentèse, par

M. Féréol, 213, 226, 297, 309. — (Discussion sur l'), après la thoracentèse, par M. Hérard, 117. — après la thoracentèse (De l'), par M. Terrillon. Analyse, 246. — observée à la suite de la thoracentèse (De l'), par M. Woillez, 1, 14.
Exposition de Vienne (Lettre sur l'), par M. Éd. Carrière, 509.
Expulsion spontanée, pendant la vie, du corps de la matrice, par M. Martin, 25.
Extirpation de l'extrémité inférieure du rectum (Étude sur l'), par M. Marchand. Analyse, 221.
Extrophie complète de la vessie, 305.

F

Félizet. V. Clinique chirurgicale.
Féréol. V. Communication anatomique. — Expectoration albumineuse. — Oblitération de la veine cave inférieure. — Pleurésie gauche.
Ferrand. V. Carreau. — Choléra. — Diagnostic médical. — Histoire de la médecine. — Homœopathie. — Phthisie. — Pleurésie.
Fève de Calabar (Histoire de la), par M. Tison. Analyse, 857.
Fibro-sarcome du péritoine, par M. Valerani, 906.
Fièvre intermittente (Étude sur quelques formes compliquées de), et sur leur traitement par l'eucalyptus globulus et par les eaux minérales de Lons-le-Saunier, par M. E. Wasserrug. Analyse, 326. — (Transmission et incubation de la), par M. Bottentuit, 969.
Filliette. V. Sulfate de quinine.
Fistule vésico-vaginale; opération de nécessité, par M. Kidd, 23.
Foudre (La) et l'insolation, 860.
Fournié (Éd.). V. Localisations cérébrales.
Fracture limitée à la table interne du frontal, par M. Triplett, 428.
Fractures de l'extrémité interne de la clavicule, par M. Delens, 531. — (Des) du membre inférieur par les appareils, par M. Noiset, 604.
Fruits sucrés (Note sur les) au point de vue de leur introduction dans le régime des diabétiques, par M. Mayet, 700.
Furoncle (Le), ses relations avec l'herpétisme, par M. Delioux de Savignac, 978.

G

Galezowski. V. Rétinite.
Gallard. Sur l'organisation du service de santé de l'armée, 161.
Galvano-caustique (De la méthode), par M. Trélat, 517. — (Observations de tumeurs érectiles enlevées par la), par M. Trélat, 747.
Gargarisme antiseptique, 456. — contre la salivation mercurielle, 36.
Garnier. V. Chronique étrangère. — Nerfs moteurs de la langue.
Garrigou. V. Eaux de Saint-Boès.
Gastrotomie dans un cas de grossesse extra-utérine, 976.
Gestations gémellaires (Lettre sur les), par M. Lenglen, 35.
Gillette. V. Balle logée dans le rocher. — Blessure du nerf tibial postérieur. — Corps étranger de l'oreille moyenne. — Corps étranger de la vessie. — Corps thyroïde. — Cystite du col vésical. — Enfoncement limité de la voûte du crâne. — Hydarthrose du genou. — Hydrocèle suppurée. — Kyste de la veine saphène. — Lame de couteau. — Lipomes du cou. — Luxation coxo-fémorale. — Mutilation de la face. — Plaies du genou. Polypes laryngiens. — Résection d'une portion du nerf sciatique. — Sarcome mélanique. — Testicule tuberculeux. — Trachéotomie. — Tumeur érectile.
Glande mammaire (Excrétion d'iode et de brome par la), 556.
Goitre épidémique (Études sur le), par M. Nivet. Analyse par M. G. Richelot, 1011.
Goitre vertigineux (Quelques cas de), par M. Bergeret. Analyse, 819.
Gourmes (Les), par M. A. Cazenave. Analyse, 819.
Goutte (Emploi topique d'une solution ammoniacale dans la), 637. — (La), la gravelle et les préparations de lithine, 445. — (Traitement de la), Caltier-Boissière, 939.
Gueneau de Mussy (Noël). V. Stérilité.
Guerrier. V. Dépôt de médicaments.
Guibout. V. Maladies de la peau. — Voyage.
Gutta-percha (De l'emploi de la) comme enduit imperméable, 869.
Guyot (J.). V. Syphilis.

H

Haspel. V. Médecine militaire.
Hatériel. V. Corps étranger de l'urèthre.
Hémorrhagies (Moyen préventif des) dans les opérations des membres inférieurs, par M. Esmarck, 427.
Henry (O.). V. Biphosphate de chaux.
Hérard. V. Expectoration albumineuse.
Hernie étranglée réduite par les poudres gazéifères, par M. Torres, 506. — (Rapport sur un travail relatif au traitement de la) par la ponction aspiratrice, par M. Dubreuil, 747.
Herpès labialis (Rapport sur un mémoire de M. Lagout sur l'), par M. Moutard-Martin, 222.
Hervez de Chégoin. V. Pierre.
Hétéroplastie (Observation d'), par M. Dubreuil, 355.
Histoire de la médecine et des doctrines médicales, par M. Bouchut. Analyse par M. A. Ferrand, 879, 916. — des arthrites du larynx (Note pour servir à l'), par M. Libermann, 997.
Homœopathie (Les harmonies de l'), par M. Ferrand, 813.
Homicide par imprudence; emploi du chloroforme; dommages-intérêts, 907.
Hôpitaux de campagne (Les) dans l'armée austro-hongroise, 765. — d'ivrognes (Les) aux États-778, 789.
Huchard, V. Bruits cardiaques. — Clinique médicale. — Cœur. — Eucalyptus globulus. — Maladies du cœur.
Huile de foie de morue aux phthisiques, par Jaccoud, 192.
Hydarthrose du genou terminée par rupture de la synoviale, par M. Gillette, 993.
Hydrate de chloral (Des indications de l') dans l'accouchement, par M. Pélissier. Analyse, 413.
Hydrocèle (Anatomie pathologique de l'), par M. Lannelongue, 466. — suppurée, par M. Gillette, 62.

Hydrocéphalie (Ponction des méninges spinales contre l'), 792.
Hydrophobie (Succès du bromure de potassium contre l'), 811.
Hydrothérapie (Traité théorique et pratique d'), par M. Beni-Barde. Analyse par M. A. Latour, 702, 745.
Hygiène internationale (Essai sur l'), par M. Proust. Analyse par M. A. Latour, 258, 279. — publique (Quelques mots au sujet de l'), 467. — publique (Que faut-il penser de nos institutions d') et de salubrité, par M. Levieux. Analyse, 631.
Hypermégalie musculaire progressive, par M. Orsi, 179.
Hypertrophie congénitale de la lèvre supérieure, par M. Blot, 389.

I

Ignipuncture (De l'), par M. Trapenard. Analyse, 820.
Injection contre la cystite, Mallez, 858.
Intoxication par les escargots, 800. — saturnine, par M. Bottentuit, 969.

K

Kératite bulbeuse (Un cas de), nombreuses récidives, grande amélioration par les courants continus et par l'iridectomie, par M. Brière, 765, 789.
Kératocone (Nouveau traitement du), ou cornée conique), par M. Abadie, 505.
Kyste hydatique du foie ouvert dans la cavité pleurale droite; pyo-pneumonie et vomiques abondantes; opération d'empyème; guérison, par M. Moutard-Martin, 887, 909. — multiloculaire du maxillaire inférieur opéré, guéri et récidivé, 976. — de l'ovaire (Rupture spontanée d'un), 811. — ovarique (Liquide laiteux dans un), par M. Perrin, 604. — de la veine saphène interne gauche, par M. Gillette, 994.

L

Laboulbène. V. Sable intestinal.
Lame de couteau retirée au bout d'un an de la région amygdalienne, par M. Gillette, 805.
Lancereaux. V. Arthrites syphilitiques.
Laryngotomie (Nouveau procédé de), par M. de Saint-Germain, 427.
Latour (A.). V. Académie de médecine.—Aspirations. — Assistance des blessés. — Climatologie générale. — Clinique (La) et la physiologie. — Distribution des prix. — Examen de fin d'année. — Hydrothérapie. — Hygiène internationale. — Philosophie. — Tuberculose pulmonaire.
Lavement contre la goutte, Fontaine, 260.
Legrand. V. Académie des sciences. — Alcool. — Arsenal du diagnostic médical, — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. — Pneumonie avec délire. — Vin.
Lenglen. V. Gestations gémellaires.
Leriche. V. Contracture du sphincter anal.
Le Roy de Méricourt. V. Petites voitures.
Letiévant. V. Section des trois nerfs.
Libermann. V. Arthrite blennorrhagique du larynx. — Arthrites du larynx. — Chlorhydrate d'ammoniaque.
Lichen hypertrophique (De la nature du), par M. Charpy, 159.
Liniment antinévralgique, 520. — contre les engelures, 416. — contre la hernie étranglée, Tartarin, 824. — contre les ulcères, Van der Espt.
Lipomes du cou et des lombes, par M. Gillette, 61.
Localisations cérébrales (Mémoire sur les) et sur le fonctionnement du cerveau, par M. Éd. Fournié, 237.
Lotion contre l'alopécie syphilitique, Langlebert, 507. — résolutive contre le panaris, 392. — contre les plaques muqueuses de la vulve, Langlebert, 783.
Lotions contre l'eczéma, Hardy, 224. — froides contre la fièvre typhoïde, Jaccoud, 331.
Luxation (Double) congénitale du fémur chez un fœtus presque à terme, par M. Houel, 632. — coxo-fémorale (variété ovalaire), par M. Gillette, 149.

M

Mal perforant du pied (Recherches sur la nature et la pathogénie du), par MM. Duplay et Morat, 415.
Maladies du cœur (Revue de clinique), par M. Huchard, 431. — confondues avec la chlorose et l'anémie *et vice versâ*, par M. Bergeret, 819. — de la peau (Considérations générales sur les caractères communs et différentiels des), par M. Guibout), 193.
Maladies régnantes (Rapport de la commission des), par M. Ernest Besnier, avril, mai et juin 1873, 163, 205; juillet, août et septembre 1873, 733, 754.
Maladies des yeux (Traité pratique des), par M. Meyer. Analyse par M. Abadie, 134.
Martin. V. Expulsion spontanée du corps de la matrice.
Matières colorantes (Danger résultant de l'emploi de certaines), 445.
Mauriac. V. Psoriasis de la langue.
Mayet. V. Fruits sucrés.
Médecine légale (Quelques mots au sujet de la) et de l'assistance médicale dans les campagnes, par M. Sorel, 841. — militaire (Organisation de la), par M. Haspel, 72.
Médecin (Des moyens pratiques d'améliorer la situation du) et de la mettre en harmonie avec l'importance de son rôle dans la société, par M. Caron. Analyse, 551.
Médecins (Les) de Louis XII, roi de France, par M. Chereau, 345. — (Une fabrique de), 749.
Médication tonique (De la), 902.
Mélanodermies (Des), par M. Fabre. Analyse, 857.
Méningite cérébro-spinale (Épidémie de) à New-York, par M. Lewis-Smith, 920.
Mercier. V. Résorption urineuse.
Microscope (Manuel du) dans ses applications au diagnostic et à la clinique, par MM. Duval et Lereboullet. Analyse par M. Widal, 341.
Mignot. V. Avoine. — Corps étrangers dans les articulations.
Mixture au vin d'ipéca, Cheyne, 356. — diurétique, Graves, 1015. — contre les sueurs des phthisiques, Graves, 836.
Mole hydatique considérable, son expulsion à la

suite de l'emploi de l'éponge préparée, par M. Tuefferd, 275.
Monstre rhinocéphale (Mémoire sur un), par M. Billaudeau, 21.
Monstruosité chez une fille de 6 ans; présentation par M. Depaul, 988.
Mortalité en Russie (La), 751.
Mouches (Les), les moustiques, 248.
Mouchot. V. Tuberculose.
Moutard-Martin. V. Kyste hydatique du foie.
Musique (Effets et influence de la) sur la santé et sur la maladie, par M. Chomet. Analyse, 975.
Mutilation de la face par la bouche d'un cheval, par M. Gillette, 61.

N

Nécrose phosphorée du maxillaire inférieur, 589. — produite par la vapeur du phosphore (Sur la), 892.
Nélaton (Mort de M.), 467.—(Obsèques de M.), 469.
Néphrite (Action toxique de la digitaline dans le cas de), 637.
Nerfs moteurs de la langue (Les), par M. Garnier, 263.
Névrite cardiaque par aortite (Lésions de la); asthénie cardio-vasculaire et non pas asystolie; agonie du cœur (Clinique de M. Peter), par M. Huchard, 709. — du nerf optique (De la), par M. Panas, 785.
Névropathie (De la) cérébro-cardiaque, par M. Krishaber. Analyse par M. Tartivel, 844.
Notta. V. Charlatanisme professionnel. — Uréthrotomie.

O

Oblitération de la veine cave inférieure; hypermégalie de la rate et du foie; pleurésie hémorrhagique, etc., par M. Féréol, 126.
Obstruction intestinale par une tumeur fibreuse calcifiée de l'ovaire, 869.
Occlusion intestinale (De l') par des hystéromes ou fibromes utérins, 705.
Opérations obstétricales (Leçons sur les) et le traitement des hémorrhagies, ou guide de l'accoucheur dans les cas difficiles, par M. Barnes. Analyse par M. Chereau, 383.
Ovariotomie (Effet des ligatures perdues dans l'), par M. Cheever, 307.
Ovotomie abdominale, ou opération césarienne, par M. Baudon. Analyse, 976.
Ozène (Nouveau traitement chirurgical de l'), 311.

P

Pancréatine (Mémoire sur la), par M. Defresne. Analyse, 178.
Paralysie du nerf radial *à frigore* (Observation de), par M. Vulpian, 634.
Paraphimosis (Nouveau procédé de réduction du), par M. Bardinet, 900.
Parotidite (De la) dans les maladies aiguës, par M. Crocq, 528.
Paulier. Réclamation, 725.
Pellagre (Observation de pseudo-), par M. Siredey, 530.
Pellarin (Auguste). V. Importation.
Pellarin (Charles). Réclamation, 702. — Id., 723.
Perforation intestinale (Signe physique de la), par M. Spiaggia, 23.
Périostite phlegmoneuse; nécrose de la clavicule, par M. Le Fort, 389.
Péritonite rhumatismale (De la), par M. Desplats, 169.
Perret. V. Diastase. — Triméthylamine.
Peter. V. Bruits cardiaques. — Cœur.
Petites voitures pour les enfants (Lettre sur les), par M. Burdel, 285.
Pharmaciens (Nécessité pour les) d'examiner avec soin les médicaments qu'ils reçoivent, 136.
Philippe. V. Zona ophthalmique.
Philosophie (Sur l'utilité de la création d'une section de), d'histoire et de littérature médicales à l'Académie de médecine, par M. A. Latour, 885, 921.
Phthisie (Études générales et pratiques sur la), par M. Pidoux. Analyse par M. Ferrand, 28, 40. — (Traitement révulsif dans la). Jaccoud, 115. — pulmonaire (Influence des climats dans le traitement de la), par M. Cazalas, 928.
Physiologie (Nouvel abrégé des éléments de), par M. Toussaint Martin. Analyse par M. Berthérand, 866.
Picot. V. Septicémie.
Ierre (Des causes de la mort après l'opération de la), par M. Hervez de Chégoin, 381.
Pietra Santa (De). V. Crémation des morts. — Embaumement.
Pilules d'acide phénique contre le psoriasis, Moris Kohn, 60. — apéritives, 684. — contre la chorée, 707. — contre la gastralgie, 592, 719. — contre l'ictère, 404. — contre la migraine goutteuse, Debout, 799. — Vermifuges, 955.
Plaie unilatérale de la moelle épinière, par M. Regel, 990.
Plaies du genou (Deux exemples de), par M. Gillette, 149. — de guerre (Relation sur les) observées à l'ambulance de Bischwiller, par M. Christian. Rapport par M. Philippe. — (Pansement des), 903.
Platane (Du) et des accidents qu'il peut occasionner, par M. Durwell, 273.
Pleurésie (La) et l'expectoration séro-albumineuse, par M. Ferrand, 273. — gauche; deux thoracentèses; évacuation incomplète du liquide, etc., par M. Féréol, 128.
Pneumonie avec délire. Leçon de M. Sée, par M. Legrand, 261. — migrans (De la), par Fischl, 47.
Poissons chinois (Mœurs des), 908.
Police sanitaire des animaux domestiques (Traité de la), par M. Reynal. Analyse, 665.
Polypes laryngiens (Du traitement des), par M. Livon. Analyse par M. Gillette, 363. — naso-pharyngiens (Des), par M. Dumesnil, 389. — (Sur les), par M. Trélat, 426.— nasaux (Sur les), 487. — utérins (Des) comme cause d'ascite, par M. Martemacci, 555.
Pommade contre l'eczéma chronique, Hardy, 532. — contre la fissure à l'anus, Salmon, 872. — fondante résolutive, Langlebert, 270. — antihémorrhoïdale, 247. — contre l'incontinence d'urine, Kennard, 763. — contre le pityriasis, Hardy, 11. — contre le prurigo, Girou de Buzareingues, 920. — caustique contre les scrofulides, Hardy, 811.

Ponction aspiratrice (De la) dans les épanchements du genou, 305.
Population française (Études sur la), par M. Bertillon, 321.
Potion alcaline antirhumatismale, Oke, 604. — antiscorbutique, 1004. — diurétique, 468. — contre la fièvre typhoïde, Jaccoud, 319. — contre la grippe, 307. — contre la goutte aiguë, 48. — contre la phthisie, Graves, 444. — contre le rhumatisme, Lemire, 696. — stomachique, 344.
Poudre absorbante aromatique, 636. — antidiarrhéique, 92. — antidyspeptique, 555. — antirhumatismale, Oke, 567. — contre le goitre, Fabre, 236. — emménagogue, 368. — vermifuge, 150.
Prix d'Ourches (Rapport sur le concours pour le), par M. Devergie, 868.
Propylamiques (Remarques sur les médicaments), par M. Gubler, 180.
Psoriasis de la langue (Du) et de la muqueuse buccale, par M. Mauriac, 596, 697. 813, 983.

Q

Quinine (Inconstance obstétricale de la); supériorité de l'ergot, 792.
Quatrefages (De). V. Science et patrie.

R

Rabuteau. V. Atropine. — Urée.
Rage (Pathogénie de la), par M. Dupont, 47.
Régénération (De la) des organes et des tissus, par M. Demarquay. Analyse par M. Tartivel, 1000.
Renault. V. Syphilis.
Résection du coccyx comme moyen de faciliter la découverte de l'extrémité inférieure du rectum dans les cas d'imperforation de l'anus, par M. Verneuil, 352. — de l'humérus dans l'ankylose accidentelle du coude, par M. Watson, 367. — de la mâchoire inférieure (Sur un procédé de), par M. Verneuil 425. — d'une portion du nerf sciatique, par M. Gillette, 286.
Résorption urineuse et urémie dans les maladies des voies urineuses, par M. Girard. Analyse par M. Mercier, 200.
Rétinite (De la) et de la rétino-choroïdite albuminurique; leur traitement, par M. Galezowski, 924.
Rétrécissements infranchissables (Plus de), 311. — de l'urèthre (Du traitement des) par la dilatation progressive, par M. Curtis. Analyse, 856.
Revue clinique chirurgicale, par M. Gillette. *Passim.*
Richelot (G.). V. Angine. — Arthrite du genou. — Atrophie aigué des cellules motrices. — Chirurgie clinique. — Électrisation localisée.
Richelot. V. Croup. — Goître épidémique.
Richet. V. Corps étranger de l'urèthre.
Ritti. V. Chorée.
Rivet. V. Ulcères.
Rupture du poumon avec hemothorax, par R. Nelson, 179. — de l'artère axillaire pendant la réduction d'une luxation de l'épaule, 179.

S

Sable intestinal (Sur le), par M. Laboulbène, 837, 852.
Salon (Promenades au), par M. Suty, 13, 95.
Sang empoisonné, accidents transmis aux animaux et à l'homme, 444.
Sangsues (Sur le commerce des), 768.
Sarcome mélanique de la caroncule lacrymale droite; sixième récidive, par M. Gillette, 149.
Science et patrie, par M. de Quatrefages, 393.
Secours aux blessés (Conférences pour les) à Vienne (Autriche), 834.
Section des trois nerfs sous-orbitaires, dentaire inférieur et buccal (Sensibilité de la face après la), par M. Letiévant, 94.
Sée (G.). V. Alcool. — Pneumonie avec délire.
Seigle ergoté (Emploi physiologique et thérapeutique du), par M. Kersch, 331.
Septicémie (Lettre de M. Picot sur la non-existence de bactéries dans le sang des septicémisés, 24.
Septicémies (Nouvelles recherches sur l'action des matières putrides et des), par M. Colin, 567, 602, 641. — (Observations de M. Davaine sur le mémoire de M. Colin sur la), 676.
Service médical de l'armée (Réorganisation du), par un pharmacien militaire, 88.
Service de santé (Rapport sur la réorganisation du), par M. Broca, 77. — (Discussion sur la), 102, 111, 145, 159, 161, 189.
Service de santé militaire (Modification de la commission mixte chargée de réviser la législation qui régit le fonctionnement du) dans les hospices civils), 894.
Service médical du détachement du Turkestan (Organisation du), 24.
Siredey. V. Pellagre.
Simplice. V. Causeries.
Sirop de café ioduré, Calvo, 907.
Société de chirurgie (Comptes rendus des séances de la), par M. Tartivel. *Passim.* (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) — médicale des hôpitaux de Paris (Procès-verbaux de la). *Passim.* (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique). — médicale d'émulation (Comptes rendus des séances de la). *Passim.* (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique). — médico-pratique de Paris (Procès-verbaux des séances de la). *Passim.*
Solution caustique contre les scrofules, Hardy, 647. — contre les syphilides ulcérées, Langlebert, 379.
Spasme du col de la vessie guéri par la cystotomie, par M. Parona, 23.
Stérilité (De quelques causes de); de l'impuissance pour cause morale; leur traitement, par M. Noël Gueneau de Mussy, 861.
Strychnine contre les affections nerveuses, par M. Chisolm, 79.
Suisse (A travers la), par M. N. G., 825.
Sulfate de quinine (Sur la propriété ocytocique du), par M. Filliette, 56.
Sulfovinate de soude (Des purgatifs et du), par M. Benoit. Analyse, 19.
Sulfureuse (Médication) pour boisson, bains et lotions, 42.
Suppositoire contre la cystite, 79.
Suty. V. Salon.
Syphilis à marche tout à fait anormale (Clinique de M. Hillairet), par M. Renault, 873. — (Influence de la) sur le col, par M. Barnes, 955. — (Origine de la), par M. E. Bassereau. Analyse, 632. — (Du resserrement de la mâchoire dû à la); myosite du masséter; tumeurs gommeuses de la joue, par M. J. Guyot, 609.

T

Taffetas gommé, Fort, 614.
Tannate de quinine (Observations et expériences pharmacologiques sur le), par M. Regnauld, 905.
Tartivel. V. Névropathie cérébro-cardiaque. — Régénération des organes. — Société de chirurgie.
Température animale (Du pouvoir régulateur de la), par M. Murri. Analyse, 58.
Testicule tuberculeux (De la cautérisation interstitielle dans la), par M. Gillette, 286.
Tétanos idiopathique chez le cheval; guérison par les injections morphinées, 179.
Thoracentèse. V. Expectoration albumineuse.
Tœnia (Manière simple et commode de faire rendre le), 957.
Topique contre la toux et la dysphagie de la laryngite tuberculeuse et ulcéreuse, Krishaber, 907.
Trachéocèle ou hernie de la muqueuse trachéale, par M. Devulz, 354.
Trachéotomie (Nouveau procédé pour la), par M. Gillette, 286. — (Sur l'opération de la) à l'aide du galvano-caustique, 869. — (Rapport sur la), par M. Verneuil, 1013.
Triméthylamine (Préparation du chlorhydrate de), par M. Perret, 175. — (Nouvelles recherches sur la) et sur son usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, pac M. Dujardin-Beaumetz, 235.
Tuberculose pulmonaire (Consultation pour un cas de commencement probable de), par M. A. Latour, 897. — (Pneumophymie) chez une jeune fille de 16 ans; emploi du phosphate de chaux; guérison, par M. Mouchot, 942.
Tuefferd. V. Mole hydatique.
Tumeur érectile très-volumineuse du cou guérie par la ponction à l'aide du stylet chauffé au rouge, 936. — érectile énorme chez un enfant de 17 jours; emploi du cautère actuel, par M. Gillette, 995.
Tumeurs érectiles de la face, 705. — (Traitement des) par la vaccination, par M. Batbedat, 768. — (Traitement des) par le vaccin, 554. — lymphadénoïdes (Observations de), par M. Heurtaux, 668. — de la paume de la main (Étude sur le diagnostic des), par M. Bachon, 330. — volumineuses (Ablation par les caustiques des), par M. Bourdin, 439.
Typhus (Discussion sur le), par M. Briquet, 21, 269.

U

Ulcérations du col (Traitement des), du catarrhe utérin et de la leucorrhée, par M. de Saint-Germain, 416. — profondes de la langue (Observations d'), par M. Isambert, 729. — tuberculeuses de la langue, par M. Bucquoy, 658.
Ulcères à forme névralgique, par M. Terrillon, 506. — de la jambe, à forme névralgique, 705. — (Des) survenant chez les ouvriers qui manient le vert de Schweinfurt, par M. Rivet, 81.
Urée (Contribution à l'étude de l'origine et de l'élimination de l'), par M. A. Rabuteau, 395.
Uréthrotomie (Mémoire sur l'), par M. Notta, 369, 405, 481.

V

Vaccine (La question de la) en Allemagne, 116.
Variole (De l'influence de la) sur les maladies mentales, par M. Calastri, 531.
Viande crue (Administration de la) aux phthisiques, Jaccoud, 148.
Vie des plantes, par M. Sanderson, 848.
Vin (Études sur le), par M. Pasteur. Analyse par M. Legrand, 944. — de Bagnols Saint-Raphaël dans les cas d'anémie, etc., par M. E. Bégin, 500.
Vomissements (Emploi du bromure de potassium en lavements contre les), 957.
Vomitifs exceptionnels en cas d'indigestion grave, 957.
Voyages (Notes de), par M. Guibout, 581, 593.

W

Woillez. V. Expectoration albumineuse.
Widal. V. Microscope.

Z

Zona ophthalmique (Du). Rapport par M. Philippe, 931.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.